



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Obesidade Infantil: A Atuação do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Marisa Gomes Oliveira Pinho

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Obesidade Infantil: A Atuação do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Marisa Gomes Oliveira Pinho

Orientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

AGRADECIMENTOS

Finalizado este percurso, com a realização deste relatório, atinjo um objetivo de enorme importância a nível pessoal, profissional e académico. Cabe-me demonstrar a minha gratidão a quem me acompanhou neste longo caminho.

Ao meu marido, pela tolerância, compreensão e apoio total nas muitas ausências.

À minha filha Leonor, por todos os momentos de ausência, em que teve de ser tão forte, iremos com certeza desfrutar de momentos maravilhosos. A caminhada da mãe será um exemplo importante para ti.

A toda a minha família que sempre me apoiaram e compreenderam.

À Professora Doutora Maria Antónia Chora pela orientação, serenidade, capacidade de suporte, a sua presença e voz foram sempre tão importantes. Sem si, não teria sido possível.

A todos os professores de Mestrado do ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, por todos os ensinamentos, partilhas e transmissão de conhecimentos.

A todos os enfermeiros que me acompanharam neste percurso, especialmente às Enfermeiras Tutoras, pelo profissionalismo, partilha e profissionalismo demonstrado.

A ti Sandra Gomes, tu sabes como foste importante.

A todos os meus amigos que sempre me motivaram e apoiaram.

A todas as crianças, fazem-me crescer todos os dias!

RESUMO

A obesidade infantil é considerada uma verdadeira epidemia mundial, representando um preocupante desafio para todos os profissionais de saúde, para as crianças e suas famílias. A sua ocorrência durante a infância e adolescência aumenta a probabilidade de se perpetuar na vida adulta, representando, uma prioridade na ação dos enfermeiros.

O presente relatório tem como objetivos: contextualizar o percurso acadêmico e profissional vivido, elaborar e implementar o projeto de estágio, analisar e refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e apresentar as competências de Mestre adquiridas ao longo dos estágios.

Recorremos à metodologia de trabalho de projeto, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, com o desenvolvimento de uma Consulta de Enfermagem de Obesidade Infantil, destinada às crianças com idades entre os 5 e os 18 anos, sendo que desenvolvemos ainda a temática nos diferentes contextos de estágio.

Concluimos que o Enfermeiro Especialista tem um papel determinante no cuidado à criança com excesso de peso e obesidade, nos diversos contextos onde se encontra inserida, potenciando-se ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Obesidade Infantil; Criança; Família; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

Childhood obesity is considered a truly global epidemic, representing a worrying challenge for all health professionals, for children and their families. Its occurrence during childhood and adolescence increases the probability of perpetuating itself in adult life, representing a priority in the action of nurses.

This report aims to contextualize the experienced academic and professional pathway, elaborate and implement the internship project, analyze and reflect on the common and specific skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and present the Master's skills acquired during the internships.

We resorted to the methodology of project work, in the area of Primary Health Care, with the development of a Child Obesity Nursing Consultation, aimed at children between the ages of 5 and 18 years, and we also developed the theme in the different contexts of internship.

We conclude that the Specialist Nurse has a determinant role in the care of overweight and obese children, in the different contexts where they are inserted, enhancing health gains.

Keywords: Child Obesity; Child; Family; Child and Pediatric Health Nursing.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I- Diagrama Revisto do Modelo de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015)	26
Figura II - Grupos Etários da UCSP	56
Figura III – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos da UCSP	57

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

A- Anos

CEP- Consulta Externa de Pediatria

CCF- Cuidados Centrados na Família

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS- Direção-Geral de Saúde

EEESIP- Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

IMC- Índice de Massa Corporal IMC

M- Meses

OE- Ordem Enfermeiros OE

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV- Plano Nacional de Vacinação

RN- Recém-Nascido

SIP- Serviço de Internamento de Pediatria

SUP- Serviço de Urgência de Pediatria

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1 O Contexto da Obesidade Infantil	14
1.2 O Papel da Família na Obesidade Infantil	18
1.3 O excesso de peso e a obesidade como foco de enfermagem	19
1.4 Cuidados Centrados na Família.....	21
1.5 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	23
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM: Implementação da Consulta de Obesidade Infantil.....	28
2.1 Diagnóstico de situação	28
2.2 Definição de Objetivos.....	30
2.3 Planeamento	31
2.4 Execução	31
2.5 Avaliação e Análise Reflexiva	38

3. PERCURSO FORMATIVO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO I E DO ESTÁGIO FINAL.....	39
3.1 Análise do Percurso de EEESIP na Consulta Externa de Pediatria.....	39
3.2 Análise do Percurso de EEESIP no Serviço de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar Universitário	45
3.3 Análise do Percurso de EEESIP no Serviço de Internamento de Pediatria de um Centro Hospitalar Universitário	51
3.4 Análise do Percurso de EEESIP numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	55
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	63
4.1 Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	63
4.2 Análise Reflexiva das Competências Específicas do EEESIP	66
4.3 Análise Reflexiva das Competências de Mestre	70
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
6. BIBLIOGRAFIA.....	75
Apêndices.....	80
Apêndice I – Questionário de Opinião	81
Apêndice II – Pedido de Autorização ao Enfermeiro em funções de chefia para Aplicação de Questionário de Opinião	86

Apêndice III – Resultados do Questionário de Opinião.....	88
Apêndice IV – Cronograma de Atividades.....	90
Apêndice V - Pedido de Autorização ao Coordenador da UCSP para a Realização do Projeto de Intervenção em Enfermagem	92
Apêndice VI – Fluxograma de Referenciação à Consulta de Enfermagem “Crescer com Saúde”	94
Apêndice VII – Documento de Referenciação à Consulta de Enfermagem “Crescer com Saúde”	96
Apêndice VIII – Documento Inicial da Consulta de Enfermagem “Crescer com saúde”	98
Apêndice IX– Curvas de Crescimento Preconizadas pela OMS	100
Apêndice X – Orientações Para a Avaliação da Estatura com Estadiómetro	107
Apêndice XI – Orientações para a Pesagem com Balança Mecânica de Coluna	109
Apêndice XII – Alimentação Saudável – A Roda dos Alimentos	111
Apêndice XIII – Alimentação Saudável e Atividade Física dos 5 aos 10 anos	114
Apêndice XIV – Alimentação Saudável e Atividade Física dos 11 aos 18 anos	116
Apêndice XV – Recomendações para as Famílias	118
Apêndice XVI – Registo Semanal da Alimentação	121
Apêndice XVII– Registo Semanal da Atividade Física.....	124
Apêndice XIX – Cartaz dos Açúcares	129

Apêndice XX - Formação sobre o Plano Nacional de Vacinação.....	131
Apêndice XIX - Formação Sobre o Plano Nacional de Vacinação.....	132
Apêndice XXI – Alimentação Saudável nos Adolescentes	151
Apêndice XXII– Norma de Extração do Leite Materno.....	153
Apêndice XXIII – Revisão Integrativa da Literatura: O Papel da Família na Obesidade Infantil .	156
ANEXOS.....	158
Anexo I – Certificado de Presença nas Jornadas do Serviço de Pediatria “Novas Realidades do Cuidar”.....	159
Anexo II – Certificado de Interveniente no VII Encontro de Benchmarking em Pediatria	161

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem-Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que decorreu nos anos letivos de 2017/2018 e 2018/2019. A primeira parte do Curso de Mestrado comportou uma componente teórica, correspondendo ao primeiro semestre e parte do segundo semestre, seguindo-se a realização do Estágio I e do Estágio Final, onde foi aplicado o Projeto de Intervenção, finalizando-se este percurso com a elaboração do Relatório de Estágio.

Neste documento iremos descrever todo o percurso efetuado ao longo desta caminhada, onde fomos adquirindo e desenvolvendo conhecimentos e competências. Serão espelhadas as vivências experienciadas demonstrando capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica tendo na sua base a evidência científica.

Como objetivos deste relatório definimos:

- Elaborar uma reflexão crítica sobre a prática clínica, almejando a obtenção das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e competências de Mestre;
- Fundamentar as tomadas de decisão com base na teorização e evidência científica;
- Descrever e avaliar o desenho e a implementação do projeto de intervenção;
- Elaborar este relatório para posterior apresentação em provas públicas.

Os estágios ocorreram em duas etapas, Estágio I, que decorreu no segundo semestre e Estágio Final, que decorreu no terceiro semestre do Curso de Mestrado. O Estágio I foi desenvolvido no Serviço de Consulta Externa de Pediatria (CEP) e o Estágio Final desenvolvido num Serviço de Urgência de Pediatria (SUP), num Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

No Estágio Final foi desenvolvido o Projeto de Intervenção, que teve por base a linha de Investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, sendo que todos os trabalhos e pesquisas que foram desenvolvidos assentaram nessa linha. A implementação do projeto de Investigação foi realizada na UCSP, tendo sido desenvolvida uma Consulta de Enfermagem, destinada a crianças dos cinco aos dezoito anos de idade, com excesso de peso ou obesidade, sem comorbilidades, inscritas nesta Unidade de Saúde.

Estabelecemos como objetivo geral do Projeto de Intervenção: desenvolver uma Consulta de Enfermagem de obesidade infantil: “Crescer com Saúde”, uniformizando procedimentos, com vista a monitorizar e capacitar as crianças, jovens e suas famílias.

Uma consulta de enfermagem pressupõe efetuar-se uma avaliação, com a formulação de um plano de cuidados que vise auxiliar o indivíduo a atingir a máxima capacidade do autocuidado (Ministério da Saúde, 2011).

A prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica, assenta na prestação de cuidados centrados na família, trabalhando com a criança/jovem/família, nos diversos contextos em que se encontrem inseridos, estabelecendo-se uma comunicação eficaz, com vista à sua capacitação, procedendo a uma negociação dos cuidados. O EEESIP, detém a responsabilidade de empoderar as famílias com competências que lhes permitam a gestão dos cuidados aos seus filhos, por forma a promoverem a sua autonomia e capacidade de tomada de decisão em relação ao seu estado de saúde. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, ajudando-o a alcançar o máximo potencial de saúde, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis (Ordem Enfermeiros, 2013).

Segundo dados publicados pela Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2017), em 2016, 41 milhões de crianças, em várias regiões do mundo, estavam acima do seu peso. Afirmam que estamos perante uma epidemia global de obesidade infantil, que tem repercussões a nível da saúde física e mental, tendo como principais fatores de risco as doenças cardiovasculares, a ocorrência de diabetes e morte em adulto.

A realidade portuguesa em nada é diferente daquela que se vive a nível mundial, estando o excesso de peso a aumentar nas diversas faixas etárias. Segundo dados obtidos a partir do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, mais de um quarto das crianças e jovens portugueses sofrem de excesso de peso, sendo que nas crianças com idade inferior aos 10 anos a prevalência do excesso de peso e obesidade situa-se respetivamente nos 17,3% e 7,7% e nos adolescentes (10-17 anos), 23,6% sofrem de excesso de peso e 8,7% sofrem de obesidade (DGS, 2017).

A prevenção da obesidade traz benefícios diretos que se observam no bem-estar das crianças, na sua infância e na sua vida adulta, contribuindo também, para a redução dos encargos dos sistemas de saúde. Desta forma a monitorização do peso infantil assume uma elevada importância na definição das estratégias mais eficazes a serem adotadas (OMS, 2018).

No que concerne à sua estrutura, este relatório encontra-se dividido em cinco partes que se seguem à introdução. Inicia-se com o enquadramento concetual, onde realizamos uma descrição de conceitos teóricos que suportam a temática da obesidade infantil. De seguida procedemos à explanação do desenho do projeto de intervenção desenvolvido no contexto do Estágio, compreendendo as suas diversas fases. Segue-se a análise e reflexão crítica das competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito do desempenho do EEESIP e competências de mestre. Finalizamos com as considerações finais, onde apresentamos as conclusões deste processo profissional e académico.

Ao longo do próximo capítulo são apresentadas as temáticas que suportaram todo o percurso, sob a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida. A temática principal é a Obesidade Infantil, constituindo a base da pesquisa bibliográfica que foi desenvolvida, por forma a consolidarem-se conhecimentos, nortear o caminho percorrido ao longo dos estágios efetuados e na realização deste relatório.

Importa referir que a elaboração deste relatório cumpre as orientações presentes no Regulamento de Estágio do Mestrado em Enfermagem em Associação e no que se refere à formatação e referenciação obedece às normas da *American Psychological Association (APA)*, 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O EEESIP desenvolve um papel de elevada importância na prevenção e tratamento da Obesidade Infantil. Segundo os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros “Aumentaram entre os jovens, o sedentarismo, os desequilíbrios nutricionais (...)”, requerendo uma intervenção eficaz por parte dos EEESIP (OE, 2013, p.9).

O desenvolvimento infantil deve ser harmonioso, devendo respeitar os parâmetros normais e garantir um crescimento saudável, fazendo com que no futuro tenhamos cada vez mais adultos em gozo de condições plenas de saúde. Verifica-se uma preocupação crescente com questões relacionadas com a saúde das crianças e jovens, promovendo-se a responsabilização progressiva, estimulando comportamentos promotores de saúde, como é o exemplo dos comportamentos alimentares equilibrados e prática de exercício físico regular que são pilares determinantes na prevenção e tratamento da obesidade infantil (DGS, 2013).

1.1 O Contexto da Obesidade Infantil

A obesidade pode definir-se como a acumulação excessiva de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, revelando um resultado de um balanço energético positivo, podendo-se verificar prejuízos negativos para o estado de saúde. Tem na sua base uma etiologia multifatorial, sendo influenciada por fatores ambientais e genéticos. Nos adolescentes poderá resultar em repercussões a nível da saúde pública, estando associada ao aparecimento precoce de doenças crónicas e desorganizações a nível emocional. Verifica-se um aumento do risco de doença coronária no adulto que foi um adolescente obeso. Existe uma relação entre o peso pré-gestacional da mãe, o consumo de tabaco na gestação e a qualidade nutricional na infância, com o excesso de peso e a obesidade (Enes & Slater, 2010).

Castro, Ferreira, Silva & Oliveira (2018), definem o excesso de peso como um valor de peso aumentado em relação à altura e obesidade como acumulação de gordura corporal excessiva. São determinados por componentes biológicas, psicológicas e socioeconómicas. Referem que os filhos

de pais obesos têm uma probabilidade aumentada de serem obesos e acrescentam que a obesidade na adolescência tem um pior prognóstico na medida em que nesta fase ocorrem alterações no metabolismo do tecido adiposo. Atribuem o desmame precoce, o tipo de alimentação, o número de horas despendidas na utilização televisão ou computador, a diminuição da atividade física, um maior consumo de alimentos processados, e o consumo aumentado de alimentos de forte densidade energética, como fatores predisponentes para a obesidade.

A obesidade infantil deve-se a um desequilíbrio energético, no qual se verifica um aporte energético superior às necessidades orgânicas por um período de tempo prolongado. Resulta da interação entre fatores internos, como a genética e a fisiologia, com fatores externos, como a interação do indivíduo com a sociedade, sendo que estes são considerados determinantes no aumento da incidência e da prevalência da obesidade. A alteração do estilo de vida assume um papel preponderante, onde se verificam alterações do padrão alimentar, como um maior consumo de hidratos de carbono e lípidos aliado ao aumento do sedentarismo. É considerada uma doença crónica, e paralelamente representa um maior risco de desenvolvimento precoce de doenças não transmissíveis afigurando-se precursora de obesidade na vida adulta (Beja, Ferrinho & Craveiro, 2014).

É considerada uma doença crónica de origem multifatorial, destacando-se os fatores ambientais, como o balanço energético positivo, como o principal fator predisponente para o desenvolvimento da doença. A obesidade na infância pode aumentar a ocorrência de obesidade na vida adulta, enumerando-se os erros alimentares e o sedentarismo como os principais fatores para o seu desenvolvimento. Ressalvam que a acumulação excessiva de gordura corporal, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças crónicas, tais como, cardiopatias, acidentes vasculares cerebrais, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemias, entre outras, verificando-se cada vez mais a sua ocorrência em crianças e adolescentes (Júnior, Fraga, Araújo & Tenório, 2018).

A implementação de estratégias que visem a prevenção do excesso de peso e da obesidade, bem como o seu diagnóstico precoce, determinando-se uma intervenção adequada reveste-se de uma irrefutável importância. Importa referir a dificuldade existente em estabelecer uma classificação universal de obesidade no caso das crianças e adolescentes, devidos às constantes alterações da

sua composição corporal e peso. É consensual a utilização do índice de massa corporal (IMC), em Kg/m^2 , como o parâmetro antropométrico de referência recomendado pela OMS. Contudo para a avaliação do estado nutricional existem diferentes métodos de avaliação da obesidade. Em Portugal, adotaram-se as curvas de padrão de crescimento preconizadas pela OMS, sendo que os valores de índice IMC, que definem o excesso de peso e a obesidade são respetivamente o percentil 85 e o percentil 97. Um estudo com crianças e adolescentes com idades entre os 2 e 18 anos, em território nacional, que tinha como objetivo analisar as diferenças encontradas na prevalência do excesso de peso e obesidade mediante a utilização de três métodos diferentes de avaliação corporal (*Centers for Disease Control and Prevention [CDC], International Obesity Task Force [IOTF] 2000 e OMS 2007*). Concluíram que a incidência de excesso de peso e obesidade em Portugal é preocupante, colocando o nosso país num dos lugares de topo, da incidência da doença, a nível europeu. De um modo geral, há uma maior incidência de obesidade no sexo masculino (Viveiro, Brito & Moleiro, 2016).

A obesidade infantil constitui um dos eixos prioritários do Plano Nacional de Saúde – extensão a 2020, onde se perspetiva a diminuição da incidência e prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil, em idade escolar, controlando o seu aumento até ao ano de 2020. De acordo com dados referentes a 2013, mais de 50% dos portugueses adultos, padecem de excesso de peso, sendo que cerca de 1 milhão serão obesos e 3,5 milhões terão excesso de peso. Hábitos alimentares inadequados estão relacionados com a perda de anos de vida prematuramente, sendo que os grupos populacionais mais vulneráveis poderão estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e insegurança alimentar (DGS, 2015).

No ano de 2006, a OMS, na Turquia, apresentou, a Carta Europeia de Combate à Obesidade, tendo sido adotada como política, por todos os estados membros. Esta menciona que o aumento da obesidade nas crianças e nos adolescentes assume contornos especialmente preocupantes, na medida em que estes podem transitar a epidemia para a maturidade, transpondo-se, esta problemática para a geração seguinte, causando inevitáveis problemas na saúde. Contudo, frisam que esta epidemia é reversível, através da aplicação de uma ação compreensiva, que vise atuar em dois grandes pilares: a dieta e a atividade física (Beja et al., 2014).

O nosso país tem desenvolvido a monitorização, desde 2008, da prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos de idade, através do estudo WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). No ano de 2016, cerca de 30,7% e 11,7% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente. Portugal situa-se nos países europeus com níveis de obesidade mais elevados, contudo constatou-se uma tendência decrescente na prevalência do excesso de peso e obesidade no período respetivo a 2008 e 2016 (excesso de peso: de 37,9% para 30,7% e obesidade de 15,3% para 11,7%) (DGS, 2018).

A obesidade infantil representa um sério desafio para a saúde pública, na medida em que a sua prevalência atinge valores compatíveis com uma epidemia. A probabilidade de o excesso de peso e a obesidade infantil se disseminar para a vida adulta é elevada, influenciando de forma negativa o estado de saúde das crianças e jovens na medida em que encontra-se muitas das vezes associada à presença de doenças crónicas como a hipertensão, diabetes, dislipidemia, cancro, que podem contribuir para a perda de qualidade de vida e aumentar o risco de uma morte prematura (Carvalho, Carmo, Breda & Rito, 2011).

Acarreta prejuízos para a saúde das crianças e jovens na medida em que pode pôr em causa o seu desenvolvimento físico, social, emocional e rendimento escolar. Cunha, Pantoja, Portella & Furlaneto (2018), efetuaram um estudo com o objetivo de determinar de que forma o excesso de peso e a obesidade infantil influenciam a qualidade de vida destes, tendo concluído que as crianças obesas comparativamente às crianças com um peso adequado, apresentavam uma menor qualidade de vida, no domínio físico, emocional, social e escolar.

As crianças muita das vezes reconhecem o seu excesso de peso, objetivando a sua redução, porém podem manifestar insatisfação com a sua imagem corporal, podendo-as predispor a problemas a nível da saúde mental (Borges, Barreto, Reis, Vieira & Marcon, 2018).

1.2 O Papel da Família na Obesidade Infantil

A família assume um papel determinante na formação dos hábitos alimentares e de estilo de vida das crianças, sendo que os pais, têm a responsabilidade de transmitir e inculcar hábitos saudáveis (Paiva, Couto, Masson, Monteiro & Freitas, 2018).

Exerce influência sobre os comportamentos de saúde e de estilo de vida das crianças, numa fase inicial do seu desenvolvimento e mesmo na fase em que adquirem uma maior autonomia em relação à sua alimentação e prática de exercício físico. Os comportamentos e os estilos de vida são aprendidos no seio familiar, devendo-se adotar uma abordagem centrada na família (Camargo, Filho, António & Giglio, 2013).

O padrão alimentar e de atividade física das crianças é influenciado pela família em que estas se inserem. A forma como os pais exercem a parentalidade, os hábitos alimentares da família, o número de refeições que realizam fora de casa, o tipo de alimentos que são consumidos no seio familiar, a existência de recompensas de comportamento que potenciam o sedentarismo, como ver televisão, são preditores do comportamento de saúde das crianças (Li, Adab & Cheng, 2014).

A imagem corporal e a autoestima das crianças, são condicionadas pela família, desde a infância à adolescência, influenciando a adesão de práticas que promovem o bem-estar, tais como, hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física (Eli, Howell, Fisher & Nowicka, 2014).

O desenvolvimento de intervenções baseadas na família, no tratamento da obesidade infantil, constitui-se determinante no tratamento da obesidade infantil. Verifica-se que os pais muitas das vezes também passam por problemas em gerir o seu próprio peso, condicionando a forma como lidam com o peso dos seus filhos. Muitas das vezes os pais apresentam dificuldade em classificar o peso dos seus filhos, nem sempre o reconhecendo como excessivo, especialmente na fase da puberdade, onde ocorrem modificações corporais significativas. É comum apontarem os fatores de ordem da genética familiar para justificarem o excesso de peso. É comum, as famílias revelarem a tentativa de adotarem hábitos alimentares mais saudáveis, contudo podem manifestar algum receio de realizarem restrições alimentares aos filhos com o receio de ocorrerem distúrbios

alimentares. A tentativa dos pais, em normalizarem o peso excessivo dos filhos, pode ser justificada como uma estratégia de controlarem a ansiedade que sentem, em relação a essa realidade, não pondo em causa a sua capacidade de exercerem uma boa parentalidade. Representa-se como uma estratégia positiva o empoderamento dos pais em relação a hábitos alimentares e de estilo de vida saudáveis (Wills & Lawton, 2014).

A obesidade infantil pode estar também positivamente associada a um deficiente funcionamento familiar, tais como a má comunicação, baixo controle comportamental, altos níveis de conflito familiar e baixos valores de hierarquia familiar. O stress familiar pode condicionar a aquisição das famílias de hábitos saudáveis, causado por exemplo pelas baixas condições económicas. O estilo parental também deve ter sido em linha de conta uma vez que um estilo menos autoritário pode estar relacionado com o aumento da obesidade nas crianças (Halliday, Palma, Mellor, Green & Renzaho, 2014).

1.3 O excesso de peso e a obesidade como foco de enfermagem

A prevenção da obesidade traz benefícios diretos que se observam no bem-estar das crianças, na sua infância e na sua vida adulta, contribuindo também, para a redução dos encargos dos sistemas de saúde. Desta forma a monitorização do peso infantil assume uma elevada importância na definição das estratégias mais eficazes a serem adotadas (OMS, 2018).

A atuação do enfermeiro no tratamento da obesidade infantil pode ser determinante no sucesso do seu tratamento, uma vez que, devido às dificuldades que lhe são inerentes, como a baixa autoestima e a forte influência que a indústria alimentar exerce nas crianças, o seu papel será determinante, ao longo do acompanhamento das crianças rumo à melhoria da sua condição de saúde. Assim, o papel do enfermeiro constitui-se de extrema importância quer na prevenção da doença, promovendo hábitos alimentares saudáveis e a prática do exercício físico, quer no seu tratamento (Sousa, França, Lima & Almeida, 2015).

A saúde das crianças é influenciada por fatores genéticos e ambientais, porém a qualidade dos cuidados que lhes são prestados também são determinantes. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm um papel de destaque na manutenção e na promoção da saúde das crianças, devendo-se assegurar a realização regular de consultas de vigilância desde a infância até à adolescência, por forma a instituírem-se hábitos de vida saudáveis e para que possa ser possível a prevenção e o diagnóstico precoce de problemas de saúde. Consta-se um aumento no número de crianças que são vigiadas nos CSP, sendo que o conhecimento privilegiado a população, facilita a implementação de intervenções mais específicas que originem respostas mais eficazes aos problemas de saúde encontrados. A educação para a saúde deve abordar a promoção da atividade física, redução do número de horas despendidas na frente de écrans, aumento do consumo de frutas e hortícolas, redução do consumo de açúcar, bem como a redução das porções alimentares consumidas (Amaral & Melão, 2016).

As orientações de enfermagem destinadas aos pais ou pessoas significativas, que promovam a prevenção da obesidade em crianças em idade pré-escolar são essenciais, na medida em que a família tem um papel determinante na diminuição da prevalência do excesso de peso e obesidade, uma vez que representam um modelo para os seus filhos, logo as intervenções de enfermagem que abordam a alimentação saudável devem também visar os pais, não esquecendo a importância da atividade física. O papel do enfermeiro em relação ao eventual estigma que as crianças com excesso de peso e obesidade possam sofrer na sociedade, também é de extrema relevância. A influência exercida por meio da publicidade da indústria alimentar, nas crianças, é determinante, no processo de escolhas alimentares, preferindo muitas das vezes alimentos industrializados, de baixo valor nutricional em detrimento de alimentos saudáveis, não esquecendo que a população infantil é mais vulnerável., devendo-se empoderar quer as famílias, quer as crianças, por forma a que adotem as melhores escolhas, no que se refere à alimentação, bem como a adoção de estilos de vida saudáveis. As intervenções de enfermagem dirigidas às famílias devem assentar na importância da prática da atividade física, a influencia dos fatores do ambiente e a visão da família como modelo para os seus filhos (Souza, 2015).

O envolvimento, a capacitação, o estabelecimento de parcerias e a negociação dos cuidados pautam o exercício do EEESIP, que providencia cuidados de elevado nível de qualidade,

maximizando e potenciando a saúde, promovendo o crescimento e desenvolvimento, promovendo a autoestima e mobilizando as competências das famílias. Estes focos são determinantes na temática da Obesidade Infantil, cabendo ao EEESIP, assumir um papel ativo e atento junto das crianças/jovens/famílias, de forma a contribuir para a sua prevenção e tratamento (OE, 2013).

1.4 Cuidados Centrados na Família

A definição de família está longe de ser universal e consensual, podendo-se afirmar que é uma unidade onde poderão existir relações de consanguinidade, afinidade ou ser a família de origem, podendo existir laços legais, coabitar na mesma casa ou existirem relações genéticas, sendo que os indivíduos relacionam-se entre si através da biologia ou compromissos duradouros, desempenhando diferentes papéis (Hockenberry & Wilson, 2014).

A família é o primeiro grupo onde a criança vive e onde passo-a-passo irá definindo a sua personalidade. Cabe-lhe assegurar as necessidades básicas como a alimentação, amor, proteção, segurança e socialização (Bayle, 2006).

A estrutura familiar também pode ser bastante distinta, tal como: família nuclear tradicional, nuclear, mista, alargada, monoparental, binuclear, poligâmica, comunitária, homossexual sendo marcada também por diferentes tipos de funcionamento. Cabe ao EEESIP responder de forma adequada e perspicaz, às necessidades apresentadas por cada criança/família, encarando-a como única, procedendo a uma avaliação detalhada, que inclua todos os seus elementos no seu plano de cuidados, por forma a que todos tenham uma intervenção ativa nos cuidados. Quanto mais profundo for o conhecimento sobre a família melhor poderá ser a resposta às suas necessidades (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os Cuidados Centrados na Família (CCF), são caracterizados pela inclusão das crianças e respetivas famílias no planeamento dos cuidados, integrando-os no processo de decisão, trabalhando em sintonia, formando uma parceria, por forma a responder de forma holística às necessidades das crianças. As preferências das famílias devem ser tidas em linha de conta,

avaliando-se a nível de competências existente potenciando-se os resultados positivos em prol da maximização da saúde das crianças. O empoderamento torna-se essencial, no sentido de se efetuarem as mudanças necessárias que promovam comportamentos protetores e promotores da saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os CCF baseiam-se na premissa de que os melhores prestadores de cuidados às crianças doentes ou não, serão sempre as suas famílias, com a participação de elementos da equipa de saúde. A existência de uma parceria entre a família/pessoa significativa e prestadores de cuidados de saúde é o caminho para a recuperação da criança. O modelo de enfermagem desenvolvido por Anne Casey preconiza o respeito pelas capacidades da família nos cuidados aos seus filhos. Baseia-se em cinco conceitos: a criança que necessita que respondam às suas necessidades, sendo que à medida que vai crescendo, vai adquirindo competências rumo à independência; saúde, enfatizando-se a importância de se identificarem atempadamente, possíveis, alterações, com o risco de caso não sejam resolvidas, poderem ocorrer comprometimentos do desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança; ambiente, reforçando-se a importância das influências exercidas pelas fontes externas, devendo o ambiente ser seguro e afetivo; família, serão aqueles que terão uma maior responsabilidade na responsabilidade de prestação de cuidados à criança, influenciando o seu desenvolvimento, dando-se resposta às suas necessidades; enfermeira de pediatria que desempenha um conjunto de responsabilidades na prestação de cuidados de enfermagem, incluindo a família, dando-lhe suporte, promovendo os ensinamentos e as aprendizagens. Os cuidados a serem prestados pelo enfermeiro corresponderão àqueles cujas famílias não dispuserem de competências necessárias para os assegurar, não existindo uma barreira fixa entre si, constituindo-se uma relação dinâmica, ou seja, poderão haver momentos em que os cuidados parentais possam ser realizados pelo enfermeiro caso a família esteja ausente. Caso se verifique capacidade por parte da família, esta possa assumir, com supervisão, cuidados que seriam prestados pelos enfermeiros, promovendo-se a igualdade e o envolvimento entre ambos. A capacitação e empoderamento das crianças e famílias é um dos pilares dos CCF, almejando-se a minimização da intervenção direta do enfermeiro. Sempre que seja necessário, o enfermeiro deverá proceder ao encaminhamento da criança/família para outras especialidades, oferecendo-se um melhor suporte e qualidade aos cuidados prestados (Farrel, 1992; Jolley & Shields, 2009).

O trabalho em parceria faz parte da missão do EEESIP, desenvolvendo-a com a criança/jovem/família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que se encontre, objetivando atingir o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2013).

1.5 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender defende que os enfermeiros são profissionais de saúde que desempenham um papel de relevo na promoção da saúde de indivíduos de todas as idades, auxiliando-os a manterem-se saudáveis, criando ambientes saudáveis, atuando em situação de doença crónica otimizando a saúde, desenvolvendo uma abordagem holística, na potenciação da saúde individual, das famílias, comunidades e população em geral. Facilitam a tomada de decisão, desenvolvendo atividades promotoras de saúde, capacitando os indivíduos, aplicando as políticas de saúde e sociais em colaboração com outros profissionais de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Pender refere que as ações de promoção de saúde auxiliam os indivíduos, famílias e comunidades a alcançarem o seu pleno potencial de saúde, promovendo estilos de vida e comportamentos que maximizem o seu potencial através de mudanças individuais, organizacionais e comunitárias. Define dois níveis de prevenção, prevenção primária, quando existe risco de doença e prevenção secundária que objetiva prevenir novas doenças quando já existe uma doença instalada, promovendo a saúde dentro dos limites da doença ou incapacidade (Pender, et al., 2015).

O enfermeiro possui habilidades que promovem a criação de um ambiente potenciador e catalisador de mudança, auxiliando e fomentando, o indivíduo, a possuir e a manter essa capacidade, partindo da premissa que este possui aptidões para alterar os seus comportamentos de saúde e de mudança de estilos de vida relacionados com a saúde (Pender, et al., 2015).

Este modelo sugere uma estrutura que visa integrar as perspetivas da Enfermagem e da ciência do comportamento com fatores que influenciam os comportamentos de saúde. É composto por três grandes componentes que se subdividem em variáveis:

Características e Experiências Individuais: cada indivíduo possui características e experiências únicas que exercem influência sobre as suas ações futuras, num grau variável mediante o comportamento em questão. Incluem o Comportamento Anterior, que tem como objetivo provocar efeitos diretos e indiretos na probabilidade da pessoa se envolver em comportamentos que potenciem a saúde, cabendo ao enfermeiro auxiliar o indivíduo a concentrar-se nos benefícios de um comportamento, moldando uma história positiva para o futuro, realizando ensinamentos que promovam a superação de obstáculos, criando um bom nível de eficácia que mobilizem sentimentos de afeto positivos, objetivando a formação de hábitos. Os Fatores Pessoais, podem ser biológicos (idade, índice de massa corporal, estágio pubertário, estágio da menopausa, força, equilíbrio), psicológicos (autoestima, auto motivação, estado de saúde percebido) e socioculturais (raça, etnia, nível socioeconómico), limitando-se àqueles que serão importantes para clarificar ou prever o comportamento alvo (Pender, *et al.*, 2015).

Os Sentimentos e Conhecimentos Específicos sobre o Comportamento, desempenham um papel de relevo na motivação, podem ser modificadas por meio de intervenções. Incluem os benefícios e barreiras que são percebidas, os afetos que estão relacionados com determinada atividade, as influências interpessoais, situacionais, sendo de extrema importância a avaliação se a mudança resultou da intervenção (Pender, *et al.*, 2015).

Comporta as variáveis: Percebe Benefícios para Ação, corresponde às representações mentais positivas que reforçam as consequências de adotar um comportamento, sendo que as expectativas que um indivíduo tem em adotar um determinado comportamento dependem dos benefícios que espera alcançar. Percebe Barreiras para a Ação, representa as percepções negativas sobre determinado comportamento, obstáculos, bloqueios mentais e custos pessoais que daí podem advir. Percebe a Autoeficácia, diz respeito a um julgamento sobre as suas habilidades pessoais para executar um determinado percurso de ação, alcançando um determinado nível de desempenho, a autoeficácia potencia o comportamento de promoção de saúde. Sentimentos em Relação ao Comportamento, referem-se a uma reação emocional direta, podendo ser positiva, negativa, agradável ou desagradável, sendo que o estado do sentimento gerado poderá determinar se o comportamento será ou não repetido e mantido a longo prazo. Influências interpessoais, correspondem às atitudes dos outros, às crenças, cognições, que envolvem os comportamentos.

Incluem as normas sociais (padrões de desempenho que os indivíduos podem adotar), apoio social (recursos que sustentam o comportamento oferecido pelos outros) e modelagem (componentes sequenciais de um comportamento de saúde). Quando um nível de motivação adequado os indivíduos podem assumir comportamentos que socialmente são reconhecidos. Influências situacionais, os indivíduos realizam comportamentos com mais eficácia em situações ou em contextos ambientais em que se sentem mais compatibilizados, seguros e relacionados. Compromisso com o Plano de Ação, correspondem às ações que auxiliam o indivíduo a manter-se no compromisso de manter o comportamento promotor de saúde. Exigências Concorrentes Imediatas e Preferências, dizem respeito aos comportamentos alternativos que interferem na realização da ação pretendida de um comportamento de promoção de saúde planejado, as exigências competitivas representam os comportamentos alternativos em que o indivíduo possui um nível relativamente baixo de controle devido a contingências do ambiente. As preferências têm propriedades de reforço sobre as quais os indivíduos têm um elevado nível de controle, dependendo da sua capacidade de autorregular, correspondendo a impulsos que surgem repentinamente, sendo que são as hierarquias das preferências do indivíduo que irão condicionar a manutenção do plano de ação (Pender, *et al.*, 2015).

O Resultado Comportamental, engloba o Comportamento de Promoção de Saúde, representa o resultado da ação do modelo de promoção de saúde, uma vez que quando os comportamentos que potenciam a saúde fazem parte integrante de um estilo de vida saudável, ocorre uma melhoria da saúde, da qualidade de vida e da capacidade funcional, em todos os estádios de desenvolvimento (Pender, *et al.*, 2015). A representação deste modelo encontra-se no seguinte diagrama (Figura I).

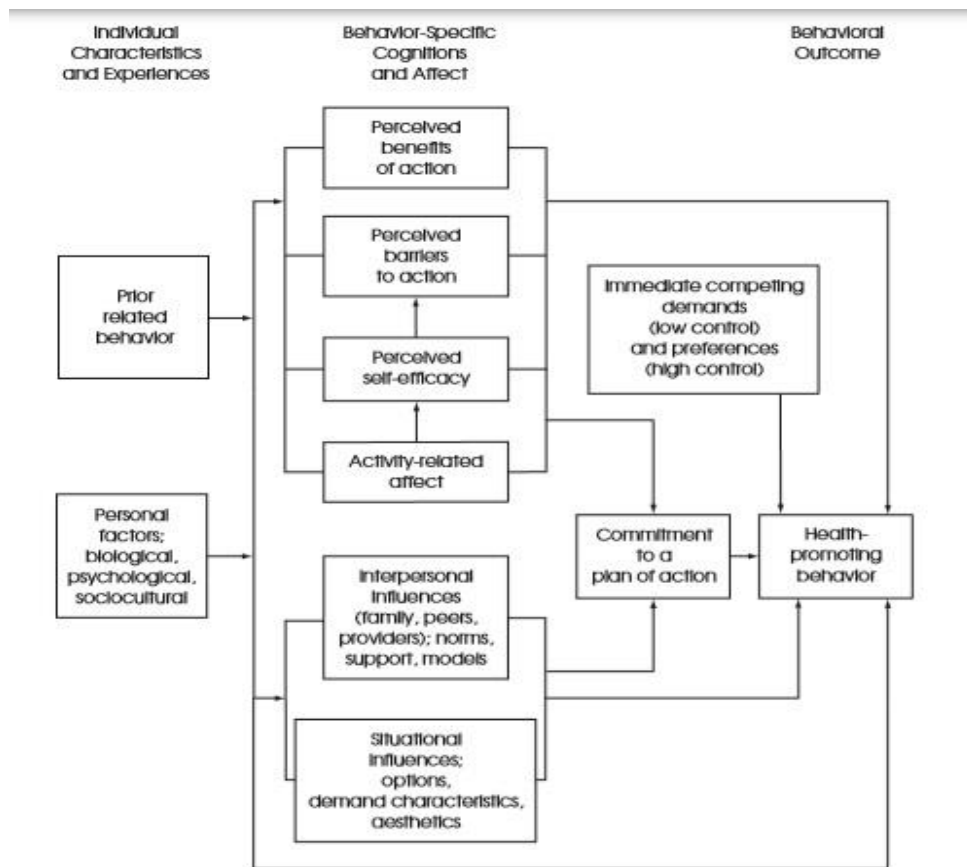


Figura I- Diagrama Revisto do Modelo de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015)

Pender, reforça que o bom desempenho de um comportamento promove a sua autoeficácia, devendo-se reforçar positivamente a atuação do indivíduo. É igualmente importante oferecer estratégias realistas para a superação dos obstáculos. O comportamento por modelagem também merece destaque, uma vez que a observação do comportamento naqueles que nos rodeiam pode auxiliar no desempenho, principalmente quando ainda não detêm todo o conhecimento sobre os comportamentos que devem ser desenvolvidos. No decorrer do processo de mudança, o enfermeiro deve ter em consideração que devem-se minimizar ou eliminar as barreiras às ações (objetivos estabelecidos de forma pouco clara, falta de conhecimentos, de recursos, de motivação, de controle), com o risco de serem realizadas ações com probabilidade alta de serem bloqueadas, causando frustração, devendo ser acuteladas no início do processo de mudança, devendo-se consciencializar os indivíduos (Pender, *et al.*, 2015).

A avaliação do nível de prontidão a das barreiras, que o individuo apresenta para adotar um comportamento de saúde, assume uma grande importância no processo de mudança, devendo ser trabalhadas caso se verifique necessidade. A comunicação estabelecida com os indivíduos deve ser adaptada e não generalizada, quando se faz recurso a materiais de saúde que são personalizados, estes têm em consideração as características únicas dessa pessoa, sendo mais eficazes do que uma comunicação mais genérica, promovendo a autoeficácia e o envolvimento dos indivíduos (Pender, et al., 2015).

Para se promover a manutenção de comportamentos positivos de saúde é necessário que haja: uma melhoria contínua das habilidades pessoais que permitem o comportamento, existência de crenças de autoconfiança sobre o comportamento, crescentes respostas emocionais positivas e comprometimento cognitivo, caracterizado pela intenção de praticar um determinado comportamento, facilidade de incorporar esse comportamento no seu dia-a-dia, ausência de barreiras à realização do comportamento, mensuração da gratificação intrínseca relacionada com o comportamento, nível de apoio social que auxilie o comportamento, consistência do comportamento com a autoimagem. A fase de manutenção inicia-se com a estabilização do novo comportamento estendendo-se para o resto da vida do individuo, sendo que a criação de hábitos facilita esta fase, permitindo a realização de comportamentos de forma automática, exigindo pouco esforço (Pender, et al., 2015).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM: Implementação da Consulta de Obesidade Infantil

A metodologia de projeto centra-se na investigação de um problema identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes que promovam a sua resolução, conduzindo-se a situação teórica para a prática. Durante o percurso percorrido desenvolvemos aquisições teóricas sobre as quais iremos realizar uma abordagem reflexiva do impacto deste projeto na prática de enfermagem. Seguidamente iremos desenvolver as etapas que comportam esta metodologia, iniciando pelo diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O presente projeto foi desenvolvido durante o estágio final, numa UCSP, iniciando-se a doze de novembro e terminando a dezoito de janeiro, pretendendo-se a diminuição dos problemas identificados, produzindo ganhos em saúde, no âmbito da Obesidade Infantil.

2.1 Diagnóstico de situação

A metodologia do trabalho de projeto inicia-se pelo diagnóstico de situação, onde é realizada uma análise das necessidades, de forma a determinar-se a existência de um problema que será nosso o ponto de partida (Ruivo, et al., 2010).

A avaliação das necessidades de saúde assume uma importância fulcral, na medida em que permite-nos desenvolver estratégias, rentabilizando-se os recursos existentes, criando-se ações de qualidade que satisfaçam as necessidades, atingindo-se benefícios para a população, através da resolução ou minimização dos problemas. O diagnóstico de situação é dinâmico, suporta as atividades que serão realizadas e permite a realização de um balanço dos resultados obtidos (Ruivo, et al., 2010).

Na fase de diagnóstico de situação, são definidos os problemas de forma quantitativa e de forma qualitativa, definindo-se prioridades e as causas possíveis, selecionando-se os recursos existentes e

os grupos intervenientes, requerendo uma recolha de informações de cariz objetivo e qualitativo não se negligenciando o aprofundamento que se pressupõe (Ruivo, et al., 2010). Desta forma elaboramos este projeto de acordo com dados nacionais que suportam a problemática da Obesidade Infantil. Segundo dados publicados pela Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2017), em 2016, 41 milhões de crianças, em várias regiões do mundo, estavam acima do seu peso. Afirmam que estamos perante uma epidemia global de obesidade infantil, que tem repercussões a nível da saúde física e mental, tendo como principais fatores de risco as doenças cardiovasculares, a ocorrência de diabetes e morte em adulto.

A realidade portuguesa segue o padrão mundial, estando o excesso de peso a aumentar nas diversas faixas etárias. Segundo dados obtidos a partir do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, mais de um quarto das crianças e jovens portugueses sofrem de excesso de peso, sendo que nas crianças com idade inferior aos 10 anos a prevalência do excesso de peso e obesidade situa-se respetivamente nos 17,3% e 7,7% e nos adolescentes (10-17 anos), 23,6% sofrem de excesso de peso e 8,7% sofrem de obesidade (DGS, 2017).

A utilização de questionários é um método que nos permite a elaboração do diagnóstico de situação, de forma a validarmos e identificarmos o problema ao qual pretendemos dar resposta (Ruivo, et al., 2010). Tendo como ponto de partida os dados que caracterizam a nossa problemática a nível mundial e nacional, consideramos que seria pertinente auscultarmos a opinião do elemento que chefia a equipa de enfermagem e da enfermeira tutora, tendo para isso aplicado um questionário de opinião, constituído por doze afirmações de resposta fechada segundo a escala de Likert (APÊNDICE I), as respostas aos questionários eram anónimas. De forma a obter autorização para aplicar o questionário elaboramos e enviamos um pedido de autorização para a sua aplicação ao enfermeiro em funções de chefia, ao qual obtivemos um parecer favorável (Apêndice II).

O questionário de opinião era constituído por doze afirmações de resposta fechada. Após a sua análise concluímos que estes elementos da equipa de enfermagem consideram que a prevalência do excesso de peso e obesidade na UCSP em causa é elevada. O tempo que dispõem nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (quarenta minutos para a realização da consulta de enfermagem e consulta médica) não é suficiente para alcançarem-se resultados favoráveis no

seguimento destas crianças. Consideram que os ensinamentos de enfermagem são importantes, devendo abordar as temáticas da alimentação saudável, atividade física, os estilos de vida saudáveis. A existência de uma consulta de enfermagem, com instrumentos específicos é uma mais valia, considerando que a relação de proximidade existente entre a população e os enfermeiros constitui-se um fator favorável na abordagem da obesidade infantil. Concordam que os enfermeiros, de uma forma geral, estão despertos para esta problemática, porém esta concordância não é total, desta forma podemos inferir que o trabalho por nós desenvolvido poderá reforçar na equipa de enfermagem, a importância de desenvolvermos ações nesta área. Por último, consideram que a consulta de enfermagem, poderá potenciar a motivação das crianças, aderindo às consultas, melhorando o seu estado de saúde, sendo que as famílias são um importante foco a ter-se em consideração neste processo. Os resultados destes questionários são apresentados em apêndice a este documento (Apêndice III).

2.2 Definição de Objetivos

A definição de objetivos auxilia-nos a estabelecer os resultados que pretendemos atingir, sendo que devem ser realizáveis e quantificáveis num curto espaço de tempo (Ruivo, et al., 2010).

Partindo do problema identificado, definimos como objetivo geral deste projeto:

- Desenvolver uma Consulta de Enfermagem de Obesidade Infantil destinada a crianças dos 5 aos 18 anos numa UCSP.

Seguidamente de forma a concretizarmos o objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Adquirir competências específicas de EE em saúde infantil e pediátrica na abordagem da criança com excesso de peso e obesidade;

- Contribuir para o controle da Obesidade Infantil na criança na UCSP.

2.3 Planeamento

A fase de planeamento, segundo (Ruivo, et al., 2010) incorpora um plano detalhado do projeto que será desenvolvido, elaborando-se um esboço que contempla o levantamento dos recursos, as condicionantes existentes, o planeamento das atividades a serem desenvolvidas, o método de pesquisa e o respetivo cronograma. Desta forma elaboramos o cronograma de atividades (APÊNDICE IV), onde constam as diferentes atividades que conduzirão à sua concretização.

Após a reunião realizada com a enfermeira tutora e o enfermeiro em funções de chefia, na primeira semana de estágio, partilhamos a nossa inquietação e gosto pessoal em tratar a temática da Obesidade Infantil. Uma vez que na unidade de saúde em questão não existia uma metodologia estruturada que proporcionasse um apoio à equipa de enfermagem para o acompanhamento destas crianças, consideraram útil e pertinente o desenvolvimento desta temática, desta forma procedemos ao pedido de autorização ao Coordenador da unidade para a realização do projeto de intervenção, a qual foi favorável (APÊNDICE V).

No que se refere aos recursos necessários para a elaboração do projeto, destacamos os recursos humanos, equipamentos e materiais. A equipa de trabalho era constituída por nós e pela enfermeira tutora. Segundo (Ruivo, et al., 2010) a relação existente entre os elementos que elaboram o projeto dever ser pautada pela confiança e respeito mútuo, reconhecendo-se as competências específicas, devendo estes estar em consonância. Em relação aos recursos materiais e equipamentos recorreremos aos materiais existentes na unidade de saúde.

2.4 Execução

Nesta fase pretende-se materializar a realização do projeto, colocando-se em prática as ações previamente planeadas, que permitirão a resolução dos problemas contribuindo de forma positiva para o desenvolvimento de competências. O contacto com a realidade envolvente permite-nos a recolha de dados pertinentes para a definição das atividades a desenvolver (Ruivo, et al., 2010).

De acordo com o planeado, demos início ao projeto com a realização do diagnóstico de situação e definição do problema, seguindo-se um trabalho de pesquisa sobre a temática da Obesidade Infantil que suportou o nosso enquadramento conceptual, que nos guiou durante o desenvolvimento deste projeto. Após a realização da reunião com o enfermeiro em funções de chefia e a enfermeira tutora, com o objetivo de avaliarmos a importância da implementação deste projeto nesta unidade de saúde, comprovamos o interesse destes no desenvolvimento desta problemática, elaboramos o cronograma de atividades que contemplou a duração do estágio e programamos as atividades a desenvolver.

Devido ao tempo que tínhamos disponível consideramos como sensato a realização do desenvolvimento desta consulta, não nos sendo possível a realização da sua implementação, na medida em que a execução deste processo exige um período de tempo mais alargado.

Para a estruturação dos documentos que iriam suportar a consulta de enfermagem baseamo-nos na experiência que possuíamos no acompanhamento destas crianças nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, onde muitas das vezes nos deparamos com dificuldades em apoiar as crianças e famílias, devido à inexistência de instrumentos específicos necessários para obtermos respostas favoráveis.

A consulta é destinada às crianças dos 5 aos 18 anos inscritas na UCSP, sendo que a escolha deste grupo etário foi realizada de acordo com as necessidades da unidade de saúde e de forma a garantir sucesso na adesão à consulta. Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), aos 5 anos realiza-se uma consulta de saúde infantil e juvenil, onde e de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), se deverão administrar vacinas, proporcionando uma grande adesão a esta consulta, iria-nos garantir, à partida, a possibilidade de podermos avaliar e despistar a existência de excesso de peso e obesidade em maior escala. A mesma situação acontece aos 10 anos, permitindo-nos a par de outras estratégias e serem implementadas futuramente, a como o recurso às convocatórias, a possibilidade de abranger um elevado número de crianças.

Primeiramente elaboramos um fluxograma de referenciação à consulta de enfermagem, onde constavam os destinatários da consulta, os critérios de inclusão e as orientações sobre o seguimento

destas consultas, de forma a uniformizar a informação na equipa multidisciplinar, esclarecendo quem poderia ser alvo desta intervenção e como esta, de uma forma global, iria suceder (Apêndice VI).

Verificados os critérios de inclusão e para se proceder à referenciação à consulta de enfermagem foi elaborado um documento onde seria possível identificar a criança através dos seus dados pessoais, onde constava a identificação da sua equipa de saúde, dados antropométricos, antecedentes e informações de especial relevo (Apêndice VII).

O modelo de enfermagem que suporta a nossa ação, é o modelo de promoção de saúde da Nola Pender, descrito no segundo capítulo deste documento. Reforça a importância do processo de enfermagem como uma ferramenta produtora de mudança comportamental, enfatizando-se as forças dos indivíduos. Acredita que os enfermeiros detêm habilidades impulsionadoras de comportamentos de mudança, ajudando-o no processo de adoção de comportamentos saudáveis.

Consideramos útil e pertinente a elaboração de um documento que seria entregue e preenchido na primeira consulta, onde consta-se uma mensagem preditora das dificuldades inerentes ao processo de controlo de peso, bem como uma mensagem promotora da esperança, frisando o apoio que seria oferecido pelo EEESIP durante este processo (Apêndice VIII).

A antropometria é o ramo das ciências humanas que trata as medidas corporais, permitindo-nos avaliar, de forma simples, de baixo custo, com boa aceitação por parte da população e universalmente aplicável, o crescimento da criança. É um recurso indispensável no âmbito do trabalho do EEESIP, para a deteção e tratamento da obesidade infantil, sendo que a aferição dos valores de peso e altura constitui um dos primeiros passos a ser executado, permitindo a constatação de um indicador clínico, isento de julgamentos. As medidas antropométricas mais comumente utilizadas e predictoras da adiposidade são o IMC, a estatura, as dobras cutâneas e as circunferências, permitindo o acompanhamento do perfil epidemiológico da população (Marchi-Alves *et al*, 2011).

Na abordagem da obesidade infantil a avaliação do estado nutricional constitui um dos primeiros passos a ser elaborado. Esta avaliação é realizada com base no cálculo do IMC, expresso com o peso corporal em kg a dividir pela estatura em metros ao quadrado (Carvalho, et al., 2011).

A organização Mundial de Saúde realizou um estudo multicêntrico (Who Multicentre Growth Reference Study - MGRS) entre 1997 e 2003, em diferentes continentes incluindo uma amostra robusta de lactentes e crianças, com condições favoráveis de crescimento, tendo como condição essencial a motivação materna para amamentar exclusivamente até aos 4 a 6 meses de vida, a utilização de um plano de diversificação alimentar correto e que os lactentes fossem alvo de cuidados de saúde adequados a um bom crescimento e desenvolvimento de acordo com o seu potencial genético. A ausência de hábitos tabágicos nas mães durante e após a gestação também foi uma condição essencial. Em 2006 foram publicadas as curvas de crescimento da OMS (WHO Child Growth Standards) e em 2007 as curvas para a faixa etária dos 5 aos 19 anos (Carvalho, *et al.*, 2011).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), as curvas de crescimento são um instrumento imprescindível na monitorização do estado nutricional das crianças e adolescentes. Durante a revisão do Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil avaliaram-se quais as curvas a serem utilizadas em Portugal, tendo-se definido a adoção das curvas da OMS acima referidas. Basearam a sua escolha essencialmente na metodologia utilizada na construção destas curvas, posicionando-as mais proximamente às curvas-padrão e devido à possibilidade de se utilizar à escala mundial o mesmo instrumento de trabalho, possibilitando analogias a outras populações (DGS, 2013).

Considerando os factos anteriores, estipulamos que as curvas de crescimento a serem utilizadas na nossa consulta de enfermagem seriam as preconizadas pela DGS. Elaboramos um documento onde estão presentes as curvas recomendadas para as faixas etárias alvo do nosso acompanhamento (Apêndice IX).

A avaliação antropométrica deve ser realizada num espaço adequado e por profissionais que detenham capacidade e destreza para o fazer. Deve ser efetuada num local reservado, com iluminação correta, com uma temperatura agradável, o piso deve ser plano, deve haver uma parede

lisa em ângulo de 90 graus em relação ao piso, com um espaço para mudar de roupa e para a lavagem das mãos devendo idealmente, ser realizadas de manhã (Rito, Breda & Carmo, 2010).

A avaliação do peso corporal em crianças maiores do que 2 anos e até à idade adulta deve ser realizada com uma balança mecânica ou eletrônica, calibrada até 0,1 quilogramas com capacidade de pesagem até aos 150 quilogramas. Devem ser mantidos elevados cuidados com o manuseamento dos instrumentos de pesagem, devendo-se proceder regularmente à sua calibração (Rito, et al., 2010).

Na realização da avaliação da pesagem sempre que possível deve proceder-se à padronização da hora da medição evitando as variações diurnas de peso, deve ser efetuada numa sala apropriada, a criança estar vestida apenas com a roupa exclusivamente essencial, não deve usar adornos, devendo ir à casa de banho antes da pesagem e a balança deve estar calibrada (Rito, et al., 2010).

A avaliação da estatura deve ser realizada com um estadiómetro vertical, colocado numa parede lisa, devendo a criança estar descalça, sem meias e sem adornos na cabeça. Os pés devem estar ligeiramente afastados, os calcanhares encostados à superfície vertical, com alinhamento dos ombros e braços colocados ao longo do corpo com as pernas direitas. A criança deve manter a cabeça direita e olhar em frente (Rito, et al., 2010).

Considerando os dados mencionados anteriormente, julgamos importante a existência de um referencial que contenha indicações transversais para a equipa de enfermagem para efetuarem a avaliação do peso e estatura. Elaboramos recomendações a serem consideradas na avaliação da estatura com estadiómetro (Apêndice X) e recomendações para a pesagem com balança mecânica de coluna (Apêndice XI).

A obesidade infantil é uma doença crónica que exige tratamento contínuo podendo estar associada à ocorrência de comorbilidades e à insatisfação com a imagem corporal. Em idade pediátrica pode atingir diversos órgãos e sistemas, aumentando a probabilidade de se perpetuar à

vida adulta, sendo que a probabilidade de a criança se manter obesa em adulto é de 25%, aumentando para os 80 % quando se instala na adolescência, representando um problema de saúde pública e constituindo um problema social com degradação da qualidade de vida. Uma intervenção dirigida nesta faixa etária é fundamental, aplicando-se ações no ambiente envolvente, modificando-se comportamentos alimentares e de atividade física (Marchi-Alves *et al.*, 2011; Rego & Peças, 2007).

A abordagem levada a cabo pelos profissionais de saúde deverá ser individual, familiar e comunitária, fomentando-se a educação nutricional e promovendo-se os estilos de vida ativos aliados da prática regular do exercício físico (Rego & Peças, 2007).

A roda dos alimentos fornece informações referentes à proporção relativa em que cada grupo de alimentos deve ser ingerido diariamente, constituindo um instrumento de elevada pertinência a ser utilizado no tratamento da obesidade infantil (Rego & Peças, 2007).

A influencia da família no tratamento da obesidade infantil é determinante. Estes influenciam as preferências, as escolhas alimentares e a relação face à atividade física, dos seus filhos. A inclusão da família no tratamento da obesidade infantil é obrigatória, devendo-se analisar os hábitos familiares que possam contribuir para o excesso de consumo de alimentos, avaliando-se a quantidade e a sua qualidade. São os responsáveis pela gestão da compra de alimentos e exercem uma influência direta no estabelecimento de hábitos relacionados com a atividade física (Rego & Peças, 2007).

Consideramos ser de elevada importância a existência de instrumentos que orientem as crianças e famílias no seu dia-a-dia. Durante a realização das consultas de enfermagem serão realizados diversos ensinamentos promotores da alimentação saudável e da prática de exercício físico, porém, de forma a apoiar e a sustentar as mudanças de comportamentos, elaboramos documentos que irão auxiliar as crianças e as suas famílias e promovendo-se paralelamente a motivação. Elaboramos um guia de alimentação saudável, onde é explorada a Roda dos Alimentos (Apêndice XII), um guia sobre alimentação saudável e atividade física destinado às crianças dos 5 aos 10 anos (Apêndice XIII), um

guia sobre alimentação saudável e atividade física destinado às crianças dos 11 aos 18 anos (Apêndice XIV) e um guia de orientações destinado às famílias (Apêndice XV).

A disponibilidade de alimentos, as preferências, a forma como estes são confeccionados, a forma como são vividos os momentos das refeições, a ingestão de líquidos, a frequência das refeições e os padrões familiares são determinantes no tratamento da obesidade infantil (Mello, Luft & Meyer, 2004). Desta forma o registo das refeições diárias efetuado pelas crianças, jovens e famílias pode constituir um elemento de especial importância na monitorização e análise dos hábitos alimentares, proporcionando uma base para a realização de alterações conducentes de resultados positivos. Elaboramos uma tabela de registo alimentar semanal dos alimentos consumidos nas principais refeições (pequeno-almoço, merenda a meio da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), (Apêndice XVI) e uma tabela de registo semanal da atividade física realizada (Apêndice XVII). Consideramos necessária a realização de uma adaptação da apresentação dos documentos em função da possibilidade das crianças conseguir ou não escrever, sendo que na sua impossibilidade e com o auxílio da família, poderá pintar com cores diferentes, as opções escolhidas. Pretende-se com esta estratégia potenciar a missão de compromisso, envolvendo as crianças e famílias e a potenciação da capacidade de análise contribuindo-se para a gradual autorresponsabilização.

Por último elaboramos um documento que será preenchido pela família ou pelas crianças, caso consigam, constituído por três campos principais: mudanças efetuadas desde a última consulta, dificuldades sentidas e objetivos definidos até à próxima consulta. Tem como objetivo potenciar o dinamismo entre as consultas, o envolvimento e o compromisso de todas as partes integrantes do processo de mudança. O registo das dificuldades sentidas poderá ser um recurso importante na identificação das barreiras ao comportamento de saúde, tal como é descrito no modelo de promoção de saúde de Nola Pender, devendo estas ser trabalhadas no sentido de serem minimizadas. Os objetivos traçados para a próxima consulta pretendem-se que sejam exequíveis e realistas de forma a poderem ser atingidos mantendo-se a motivação (Apêndice XVIII).

2.5 Avaliação e Análise Reflexiva

A avaliação de um projeto pode ser efetuada em diferentes momentos, numa fase intermédia, realizada em simultâneo aquando a elaboração do mesmo e no final, avaliando-se todo o processo e os seus resultados obtidos (Ruivo, et al., 2010).

Importa salientar a pertinência da reflexão continua realizada ao longo de todo o projeto com a enfermeira tutora, permitindo-nos aferir as melhores estratégias a desenvolver, potenciando-se os bons resultados.

A elaboração deste projeto produziu resultados de extrema relevância, atingindo-se a concretização de todos os objetivos delineados. Consideramos que a implementação da consulta teria sido uma mais valia para o nosso percurso, contudo devido às limitações temporais tivemos que definir estratégias que fossem exequíveis. Apesar dessa limitação e devido à grande satisfação da equipa multidisciplinar com o resultado final deste projeto, este foi incluído no plano de ação do ano de 2019 nesta UCSP, tendo sido autorizada pelo Agrupamento Central dos Centros de Saúde, a sua implementação, que dará início no mês de julho.

O desenvolvimento de competências ao longo da execução deste projeto contribuíram de forma ímpar para a nosso percurso académico e profissional.

3. PERCURSO FORMATIVO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO ESTÁGIO I E DO ESTÁGIO FINAL

Ao longo desta caminhada estabelecemos como fio condutor, nos diversos contextos de estágio a temática da Obesidade Infantil. Nos diferentes locais de estágio, foram desenvolvidas atividades que nos permitissem atingir o objetivo – assistir crianças com excesso de peso e obesidade infantil, enfatizando o papel do EEESIP.

A escolha dos contextos de estágio foi efetuada por forma a dar resposta à nossa necessidade de compreender a dimensão do exercício profissional do EEESIP, em diferentes ambientes, permitindo o desenvolvimento de competências de enorme riqueza, alargando a nossa visão, permitindo-nos ganhos incontestáveis a nível pessoal, académico e profissional.

Os estágios dividiram-se em dois grandes momentos: Estágio I e Estágio Final, tendo decorrido no segundo e terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, respetivamente. O Estágio I, decorreu num Serviço de CEP, iniciou a catorze de maio de 2018 até vinte e dois de junho de 2018. O Estágio Final compreendeu o período entre dezassete de setembro até dezoito de janeiro de 2019 tendo ocorrido em diferentes contextos: primeiramente num SUP, seguiu-se um SIP, acabando numa UCSP.

3.1 Análise do Percorso de EEESIP na Consulta Externa de Pediatria

Este estágio decorreu no período entre catorze de maio a quinze de junho de 2018, tendo ocorrido em contexto de CEP num Centro Hospitalar Universitário. Esta unidade funcional integra o Departamento da Mulher, da Criança e do Adolescente, prestando cuidados de saúde em ambulatório a crianças até aos 17 anos inclusivamente. Rege-se pelos valores do trabalho em equipa, gestão participativa, o rigor, valores éticos, o sentido de presença e os cuidados centrados na díade criança/família.

Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, psicólogos, dietista, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, assistentes operacionais, e técnicos administrativos), onde integram profissionais oriundos de diversas áreas, que desenvolvem conjuntamente as melhores práticas por forma a dar uma resposta de excelência aos destinatários dos seus cuidados. A equipa de enfermagem é constituída por sete elementos, sendo que três são EEESIP e um é especialista em Enfermagem Comunitária. A organização e gestão dos cuidados de enfermagem é realizada pelo Enfermeiro Chefe que em caso de necessidade de ser substituído é assegurado pelo Enfermeiro Responsável. No que diz respeito ao método de trabalho, são mobilizados o Método Individual, onde cada enfermeiro é responsável por um ou mais utentes e o Método por Responsável, onde o enfermeiro é responsável pela gestão dos cuidados prestados àquela criança.

Fisicamente a CEP é constituída por uma sala de espera, balcão administrativo, sala de colheitas de amostras biológicas para análise laboratorial, solicitadas pelas diferentes especialidades, por gabinetes médicos, gabinetes de enfermagem e ginásio.

Dado o contacto inicial com a CEP, Enfermeira Chefe e Enfermeira Tutora, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a estrutura física e funcional da CEP;
- Adquirir conhecimentos sobre a dinâmica de funcionamento da CEP enquadrando o funcionamento das diversas Especialidades médicas que a compõem;
- Analisar a filosofia e os princípios orientadores dos cuidados do EEESIP na equipa multidisciplinar;
- Adquirir competências na prestação de cuidados à criança com excesso de peso e obesidade.

São encaminhadas para a CEP, crianças provenientes do mesmo departamento (Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Urgência de Pediatria e Hospital Dia), poderão ser referenciadas do exterior, como o caso dos CSP.

A CEP possui quatro valências de consultas: Pediatria Geral, Consultas de Especialidade (Cardiologia Pediátrica, Obesidade e Dislipidemia, Alergologia, Uronefrologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Reumatologia e Pneumologia), engloba o Centro de Neuropediatria e Desenvolvimento e valências como Psicologia, Pedopsiquiatria, Nutrição, Genética e Hematologia. O Centro de Neuropediatria e Desenvolvimento desenvolve consultas nas áreas da Neurologia e Desenvolvimento, Desenvolvimento, Neonatologia, Psicologia, Medicina Física e Reabilitação Pediátrica e Terapia em Neurodesenvolvimento.

O centro de Neuropediatria e Desenvolvimento, integra as consultas na área da Neurologia e Desenvolvimento, Desenvolvimento, Medicina Física e Reabilitação, Neonatologia, Psicologia e Terapia em Neurodesenvolvimento.

A diversidade e complexidade inerente às diversas especialidades que integram a CEP, são sinónimo da exigência que é solicitada aos profissionais que a integram, uma vez que devem possuir um nível de conhecimentos vasto e profundo, por forma a dar uma resposta de excelência aos alvos dos seus cuidados – as crianças.

Grande parte das consultas são dinamizadas pelo Pediatra e Enfermeiro, nomeadamente pelo Enfermeiro de Referência e poderão integrar, em determinadas especialidades, outros profissionais como, Psicólogos e Dietista. Existem protocolos institucionais que se baseiam em normas e protocolos internacionais e Europeus que suportam o diagnóstico, tratamento e acompanhamento das diversas patologias, permitindo-nos dessa forma enriquecer ainda mais os conhecimentos adquiridos.

Na CEP, é desenvolvida uma consulta multidisciplinar de defeitos do tubo neural, que reflete a proficiência que espelha este serviço. Integram nesta consulta profissionais, tais como, Pediatra, EEESIP, Fisiatra, Neuropediatra, Dietista, que participam na consulta alternadamente. Este método

de trabalho permite que num momento único as crianças sejam avaliadas de uma forma holística, sendo possível ser delineado um plano de cuidados que se baseia na avaliação de diferentes profissionais, sendo por isso mais completo. Proporciona bem-estar para as crianças e suas famílias, evitando várias deslocações à unidade de saúde, que muitas das vezes são desconfortáveis e dispendiosas, rentabilizando-se também recursos económicos, de espaço e de tempo de consulta.

Na CEP é desenvolvido um projeto denominado por Grupo de Prematuros, onde integram Fisiatra, Psicóloga, EEESIP, Terapeuta da Fala e Terapeuta Ocupacional. Numa fase inicial destinava-se a Recém-Nascidos (RN) prematuros acima das 32 semanas, contudo, houve necessidade de alargar a sua área de assistência para os grandes prematuros, sendo por isso necessário haver uma reorganização do projeto, levando à criação de novos grupos. O grupo reúne uma vez por mês, acompanhado o RN até que ele complete os doze meses de idade, monitorizando-se o seu crescimento e desenvolvimento. A junção dos saberes de todos os profissionais que integram este projeto permite uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados a estes RN e suas famílias.

A existência de um Enfermeiro de Referência, que na maior parte das situações é o EEESIP, promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que este é o elemento que reúne um nível de conhecimento científico mais aprofundado e atualizado. Importa também frisar a importância do trabalho de equipa que é desenvolvido e a relação de proximidade que é estabelecida com as crianças e as suas famílias. Segundo o Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017, p. 13), ao Enfermeiro de Referência são atribuídos “...um número determinado de clientes, sendo responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento e avaliação dos cuidados prestados.”

A OE (2012, p.1), citando o Ministério da Saúde, define a consulta de enfermagem como:

“...uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação de problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem”.

A alocação do Enfermeiro de Referência a uma determinada consulta de especialidade é feita tendo em consideração o fato de ser EEESIP, sendo também considerada a sua experiência profissional, sendo-lhes reconhecidas competências de elevado valor permitindo-lhes desenvolver um trabalho de excelência. Segundo Benner (2001), a enfermeira perita possui uma elevada experiência, compreendendo de forma intuitiva cada situação, tratando o problema de forma direta sem se dispersar num leque alargado de soluções e de diagnósticos estéreis.

O percurso efetuado ao longo deste estágio foi pautado por uma enorme riqueza, na medida em que o nível de complexidade que caracteriza a CEP exigiu da nossa parte um grande empenho, busca constante pela evidência mais recente, capacidade de adaptação, trabalho em equipa, capacidade de comunicação efetiva, estabelecimento de parceria com as famílias e crianças, com idades tão diferentes, patologias de base tão diversas e específicas.

Importa ressaltar o nosso especial interesse pela consulta de Obesidade e Dislipidemia. Sendo a temática da Obesidade Infantil a área escolhida para ser tratada no Projeto de Investigação, exigiu da nossa parte um enfoque particular. Aqui são acompanhadas crianças com quadros clínicos por vezes extremamente complexos, sendo por isso necessário um nível de conhecimentos por parte dos profissionais elevado, tornando-se essencial o recrutamento de estratégias motivacionais, empoderamento das crianças e famílias com um conjunto de saberes que lhes permitam realizar mudanças que promovam os resultados positivos, ressaltando-se o papel das famílias para ser possível atingirem-se as metas estabelecidas.

Devido à complexidade dos quadros clínicos de algumas crianças que ocorrem a esta consulta, consideramos que seria uma oportunidade de grande desenvolvimento de conhecimentos, elaborar um Estudo de Caso, que teve como enfoque uma adolescente com obesidade mórbida, permitindo-nos analisar de forma aprofundada, a temática da Obesidade Infantil, bem como, delinear todo o processo de enfermagem adequado a esta situação em específico, tendo contribuído de uma forma muito positiva para o aprofundamento de conhecimentos sobre esta temática.

As crianças e os adolescentes com excesso de peso apresentam um maior risco de transpor essa condição para a vida adulta, estando mais predispostos a doenças crónicas e ao estigma social. A

probabilidade de uma criança em idade escolar com excesso de peso se tornar um adulto obeso é de 50% e a probabilidade de um adolescente com excesso de peso se tornar obeso enquanto adulto é de cerca 70 %. A Obesidade Infantil está relacionada com a ocorrência de dislipidemia, hipertensão arterial, doença respiratória, litíase, diabetes *mellitus* tipo II, doenças do foro ortopédico, entre outras na vida adulta. Verifica-se um desajuste energético, onde há uma ingestão de calorias superior às necessidades do indivíduo e poderá também estar relacionado com fatores hereditários, metabólicos, culturais, ambientais, sendo por isso a sua génese multifatorial (Hockenberry & Wilson, 2014).

O tratamento da obesidade não se restringe à monitorização do peso e ensinamentos sobre alimentação saudável, requerendo uma avaliação complexa. Deve ser avaliado o histórico que envolveu o aparecimento desta patologia, realizar o exame físico, verificar a história familiar, o grau de afetação da obesidade na vida da criança, o grau da obesidade, proceder ao despiste de comorbilidades e avaliar a necessidade de encaminhamento para outras especialidades médicas. Importa referir que o tratamento da obesidade é difícil, assentando essencialmente na dieta, exercício físico e mudanças comportamentais. O EEESIP desempenha um papel de extremo relevo na promoção da adesão e manutenção do tratamento, demonstrando capacidade de análise, gestão e avaliação ímpar. O envolvimento das famílias no reconhecimento do problema, adesão ao tratamento e disponibilidade para efetuar mudanças é essência (Hockenberry & Wilson, 2014).

A identificação precoce da existência de fatores de risco é a base do controle da incidência da Obesidade Infantil, apostando-se na consciencialização da importância de adotarmos uma alimentação saudável, existência de mudanças no ambiente que envolvam a criança e a família, promovendo-se a atividade física (Rego & Peças, 2007).

Por forma a sensibilizar todas as crianças e famílias que recorrem à CEP, equacionamos a elaboração de um cartaz informativo que seria colocado na sala de espera. Desta forma pretendíamos prender a atenção de todos aqueles que enquanto aguardavam pela sua consulta, pudessem visualizar informação pertinente, que tratava de uma forma simples e atrativa a quantidade de açúcar presente em bebidas que são vulgarmente consumidas pelas crianças e

famílias, nem sempre tendo a real consciência das grammas de açúcar presente nestes produtos, podendo, desta forma, facilmente visualizá-lo (APÊNDICE XIX).

Outra atividade que desenvolvemos foi uma apresentação à equipa de enfermagem, de uma sessão de formação sobre o PNV. A enfermeira Chefe e enfermeira Tutora referiram que a equipa de enfermagem sentia uma necessidade em se atualizar sobre esta temática, visto ser de uma especial importância para a promoção da saúde de qualquer criança, assumindo uma relevância ainda maior em crianças que tenham patologia de base ou estejam em situação de doença (Apêndice XXI).

Consideramos que conseguimos atingir os objetivos a que nos propusemos no início deste estágio, tendo sido pautado por momentos de uma enorme riqueza a nível pessoal, académico e profissional.

3.2 Análise do Percorso de EEESIP no Serviço de Urgência Pediátrica de um Centro Hospitalar Universitário

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) onde decorreu este estágio integra o Departamento da Mulher, da Criança e do Adolescente, existe desde março de 1994, tendo inaugurado as novas instalações em setembro de 2008, abarcando as suas especificidades próprias que resultaram da aplicação dos Direitos das Crianças e da Família cumprindo as indicações da Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, destacando também a Carta da Criança Hospitalizada. Este estágio corresponde ao primeiro momento do Estágio Final, tendo decorrido entre dezassete de setembro a catorze de outubro (Moreira & Silva, s.d.).

As aprendizagens em contexto de urgência constituem uma mais valia para o EEESIP, devido à diversidade de patologias e ao seu nível de gravidade que fazem as crianças/famílias recorrerem esta unidade. Desta forma exige dos profissionais que a integram um nível de conhecimentos elevados e complexos, competências diferenciadas que lhe permita avaliar de forma rápida e perspicaz o

desenvolvimento, crescimento, sinais de alarme, de gravidade, oferecendo uma resposta antecipatória ao possível agravamento da condição de saúde da criança.

Para este estágio definimos como objetivos:

- Conhecer a estrutura física e funcional da UP;
- Analisar os princípios orientadores dos cuidados do EEESIP na equipa multidisciplinar;
- Prestar Cuidados de Enfermagem à criança e família em contexto de Urgência Hospitalar;
- Adquirir competências na prestação de cuidados à criança com excesso de peso e obesidade no contexto de SUP;
- Comunicar com a criança e família em situação de urgência.

A missão da UP consiste em prestar cuidados de saúde em situação de urgência/emergência à criança e família dos 0 aos 17 anos e 364 dias. A Visão da UP caracteriza-se por ser uma unidade de excelência, em busca constante pelo aperfeiçoamento profissional, pessoal e da comunidade. Rege-se pelos valores do trabalho de equipa, sentido de pertença, gestão participativa, rigor, ética. A filosofia da UP busca evitar a hospitalização, promover o acompanhamento da criança/jovem pela sua família, respeito pelo cumprimento dos direitos da criança/jovem hospitalizada e sua família.

A equipa multidisciplinar do SUP é constituída por médicos pediatras, médicos internos da especialidade, vinte e sete enfermeiros (Incluindo a enfermeira chefe) catorze EEESIP, treze enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e administrativos.

A nível da estrutura física encontra-se dividido em três áreas:

- Área da prestação de cuidados (gabinete de triagem, sala de aerossóis, sala de tratamentos, sala de reanimação, três gabinetes de observação médica, Unidade de tratamento de curta duração);

- Área administrativa (secretariado, sala de espera, gabinete do responsável médico, gabinete do enfermeiro chefe, sala de reuniões);
- Áreas de apoio (balneários com cacifos, farmácia, despejos, arrumos, copa para profissionais, copa para preparação das refeições dos utentes, casa de banho para os utentes, casa de banho para os profissionais, quarto médico, sala de apoio, sala técnica).

Os enfermeiros são distribuídos em cada setor, assumindo a prestação dos cuidados. Um alocado na triagem, dois no balcão (um deles fica também responsável pela sala de reanimação) e um na Unidade de Internamento de Curta Duração, sendo que no turno da noite fica apenas um enfermeiro no balcão. Em todos os turnos é estipulado um enfermeiro responsável, o chefe de equipa, sendo designado pela enfermeira chefe, que assume responsabilidades no âmbito da gestão dos recursos humanos, promoção de um bom ambiente de trabalho, gestão dos cuidados e gestão dos materiais. O método de trabalho adotado é o método individual, cultivando-se sempre o trabalho em equipa.

Todas as salas e corredores estão decoradas com cores apelativas e agradáveis tornando o espaço físico acolhedor. A presença da família é sempre incentivada, o recurso ao brincar terapêutico é uma constante. Há uma grande preocupação manifestada pela equipa de enfermagem de se munirem de estratégias que promovam a humanização dos cuidados, trabalhando em parceria promovendo-se a tomada de decisão.

Após a realização da admissão no serviço, no balcão administrativo, a criança é chamada à sala de triagem, onde é atribuído um nível de prioridade, de acordo com o estabelecido pela Triagem de Manchester, onde não definido um diagnóstico, mas uma prioridade clínica de acordo com os problemas identificados.

A prestação de cuidados no contexto do SUP representa um verdadeiro desafio para os profissionais que a integram na medida em que exige um nível de conhecimentos teórico-científicos de elevada complexidade, que muitas das vezes têm de ser mobilizados de forma rápida, por forma a antecipar as respostas necessárias que evitem o agravamento eminente da situação clínica da

criança. Não raras as vezes são aquelas em que o enfermeiro se depara com situações emocionalmente intensas, naturalmente geradoras de stress, cabendo-lhe a gestão dessas emoções da forma o mais adequada possível, mantendo sempre um ambiente terapêutico, promotor do bem-estar da criança.

Ao longo deste estágio foi uma preocupação constante a busca pela evidência científica que suportasse a prática, bem como as discussões realizadas com a EEESIP orientadora, resolvendo sempre questões que não tinham sido claras, realizando uma reflexão contínua sobre os cuidados prestados e as competências de EEESIP mobilizadas e a desenvolver.

Na sala de triagem foi-nos possível, aplicar conhecimentos e habilidades que permitissem a identificação rápida de possíveis focos de instabilidade, reconhecendo quadros mais complexos que exigiram uma resposta rápida na atuação nomeadamente em casos de dificuldade respiratória, possíveis fraturas, situações de febre, convulsões, hipoglicémias, entre outras. As habilidades e competências inerentes ao EEESIP, são determinantes na proficiência dos cuidados prestados, sendo determinante o conjunto de saberes científicos que detém, permitindo-lhe o despiste de situações de diversa complexidade que muita das vezes podem agravar na sala de espera, articulando sempre que necessário com a equipa multidisciplinar, mantendo a criança em permanente vigilância, evitando-se um agravamento do seu estado de saúde.

Na triagem é onde acontece a primeira interação entre o enfermeiro e a criança/família, sendo que este contacto deve ser acolhedor, transmissor de confiança, devendo-se demonstrar disponibilidade perante as suas necessidades e inquietações, desenvolvendo-se a empatia, com a equipa multidisciplinar, influenciando positivamente a relação terapêutica e a prestação de cuidados. A criança e os pais devem ser informados sobre o processo de atendimento e sobre a dinâmica do serviço, devendo-se clarificar que a prioridade de atendimento está relacionada com a gravidade e não relacionada com a ordem de chegada e que a cor atribuída não será sinónimo que terá ficar o tempo máximo de espera referente a essa cor, reduzindo-se assim a ansiedade dos pais (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016).

A comunicação deve ser adaptada às particularidades da criança e família, mobilizando-se diferentes estratégias, por forma a estabelecer-se um canal de comunicação que promova a proximidade, evitando-se situações de tensão e ansiedade (Diogo *et al.*, 2016). No SUP denotou-se uma grande preocupação por parte da equipa de enfermagem em estabelecer com as crianças e famílias uma relação terapêutica, onde a comunicação era adaptada às singularidades das crianças/famílias, promovendo-se cuidados de proximidade, redutores da ansiedade e promotores dos resultados terapêuticos desenvolvendo uma prática onde os CCF estavam implícitos.

A participação das crianças nos cuidados prestados confere-lhes uma sensação de controlo, porém em contexto de urgência, nem sempre é promovida, devido ao ritmo acelerado com que os cuidados são prestados, tornando-se essencial o dispêndio de algum tempo no investimento desta interação. O contacto entre as crianças e famílias deve ser, sempre que possível, assegurado, garantindo-se a privacidade, criando espaço para reações emocionais de dor e medo, demonstrando uma postura transmissora de tranquilidade, explicando os procedimentos/efeitos antes, durante e após a sua realização, promovendo a escuta ativa. As experiências positivas neste contexto, irão criar sentimentos positivos na criança, melhorando a sua autoestima e aprendizagens, por ter tido a capacidade de superar uma situação de crise, ajudando-a no futuro na gestão de stressores (Diogo *et al.*, 2016).

Na sala de tratamentos, são prestados cuidados que muitas das vezes são mais invasivos, desconhecidos para a criança e família, podendo ser geradores de ansiedade e de medo, contudo, verificamos e desenvolvemos sempre uma prática pautada pela enorme preocupação com a mobilização de estratégias promotoras do bem-estar das crianças/famílias. Promoveu-se a capacitação da família/pessoa significativa, para que pudessem participar positivamente nos procedimentos, reforçando o papel parental. O recurso a medidas não farmacológicas de controle da dor, como as medidas de distração e recreação são pratica comum no SUP, como a visualização de desenhos animados, conto de histórias, humor, luva mágica, bolas de sabão, hipnose, são alguns dos exemplos de práticas utilizadas para o controle da dor e ansiedade da criança. Sempre que seja necessário são utilizadas medidas farmacológicas de controle da dor como o caso do protóxido de azoto e a aplicação de Emla®.

Este percurso foi pautado por uma enorme riqueza, podendo-se desenvolver capacidades, habilidades e competências que nos irão acompanhar no nosso percurso profissional. De uma forma gradual foi possível adquirir uma participação nos cuidados mais interventiva, integrando-se as competências inerentes ao EEESIP. A diversidade de situações clínicas que ocorrem ao SUP, amplificaram os nossos conhecimentos, criando uma necessidade constante de desenvolvimento de pesquisa científica que suportasse a nossa prática.

Um dos nossos objetivos retratava o desenvolvimento de competências de cuidados à criança com excesso de peso e obesidade, desta forma demonstramos uma inquietação na busca de oportunidades de trabalhar com estas crianças, em contexto de SUP, o que não constituiu uma tarefa fácil de alcançar, na medida em que o excesso de peso e a obesidade não era o foco de preocupação daquele momento, nem sempre sendo possível a nossa intervenção nessa área. Contudo, de uma forma perspicaz, desenvolvemos uma intervenção adequada, aproveitando as oportunidades chave que nos surgiam para realizarmos a capacitação das crianças e famílias com recurso a mensagens breves e pertinentes (como por exemplo quando ofereciam lanches não saudáveis). Foi auscultada a opinião da enfermeira orientadora de forma a percebermos qual a necessidade do SUP nesta temática que pudéssemos dar resposta neste curto período de tempo que tínhamos disponível, sendo que partilhou que seria pertinente terem um folheto informativo destinado aos adolescentes com excesso de peso e obesidade que recorrem àquele serviço, uma vez que estes nem sempre demonstravam disponibilidade, durante o episódio de urgência, para os ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem, sendo útil terem como suporte a existência de um folheto que pudessem partilhar com os adolescentes e famílias (Apêndice XXI).

Este estágio revelou-se desafiante, tendo contribuído de forma ímpar para o nosso crescimento e desenvolvimento como futuros EEESIP. De forma geral foram atingidos os objetivos a que nos propusemos, representando um marco de elevado valor no nosso caminho.

3.3 Análise do Percurso de EEESIP no Serviço de Internamento de Pediatria de um Centro Hospitalar Universitário

Este estágio decorreu no período entre quinze de outubro a nove de novembro, num SIP de um Centro Hospitalar Universitário. Este serviço integra o Departamento da Mulher, Criança e Adolescente, prestando cuidados de saúde a crianças desde os 28 dias até aos 17 anos e 364 dias. Dá resposta às especialidades de Cirurgia Geral, Urologia, Ortopedia, Neurocirurgia e Otorrinolaringologia e tem uma capacidade de resposta para 27 crianças.

A equipa multidisciplinar que compõe o SIP é constituída por chefe de Serviço, Médicos Pediatras, equipa de enfermagem sendo constituída por 15 enfermeiros, incluindo a Enfermeira Chefe, sendo que nove são EEESIP e um Especialista em Enfermagem Comunitária, Administrativos, Assistentes Operacionais, Educadoras, articulando sempre que necessário com Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Assistente Sociais, Psicóloga e Dietista.

A estrutura física do SIP é constituída por: 8 enfermarias, quatro quartos individuais, um quarto de isolamento com capacidade para pressão negativa e positiva, sala de tratamentos, gabinete da Enfermeira Chefe, sala de reuniões, sala de convívio para crianças e famílias, copa para preparação das refeições dos utentes, sala de lixos, casas de banho Individuais e coletivas e sala de material.

Neste estágio definimos como objetivos a atingir:

- Conhecer a estrutura física e funcional do SIP;
- Analisar os princípios orientadores dos cuidados do EEESIP na equipa multidisciplinar;
- Prestar Cuidados de Enfermagem à criança e família em contexto do SIP;
- Adquirir competências na prestação de cuidados à criança com excesso de peso e obesidade no contexto SIP.

O processo de doença e a hospitalização da criança podem representar a primeira crise vivenciada por si, principalmente nos primeiros anos de vida, devido ao seu número reduzido de mecanismos de gestão de stress e à mudança do seu estado de saúde habitual e da sua rotina. A separação dos pais e pessoas significativas, o receio do desconhecido, a perda da sensação de controle e autonomia, a lesão corporal que pode ser causadora de dor, representam as principais causas de stress relacionadas com a hospitalização. A forma como as crianças lidam com esta crise será influenciada pela sua idade, experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização, os mecanismos de defesa inatos e adquiridos, a gravidade da doença e a rede de suporte disponível (Hockenberry & Wilson, 2014).

A hospitalização pode criar novas necessidades sociais, físicas e afetivas, quer seja na criança ou na família, podendo facilmente ser uma experiência negativa, gerando sentimentos de medo, angústia e insegurança. O EEESIP desempenha um papel determinante, mostrando sensibilidade, compreensão e um entendimento diferenciado acerca dos múltiplos fatores que envolvem os cuidados à criança e família no momento do internamento, por outro lado os conhecimentos científicos que detêm representam uma mais valia na aferição das necessidades decorrentes do diagnóstico (Salgado, Bittencourt, Salgado, Paixão, Marinho & Fraga, 2018).

O cuidar da criança internada exige ao EEESIP uma visão alargada, uma vez que o foco não deverá assentar no motivo da hospitalização, devendo ser considerado todo o universo envolvente da criança. Os CCF, assumem uma extrema importância, uma vez que a parceria estabelecida entre a família e os enfermeiros é recheada de uma natureza afetiva, de proteção e entajuda com vista à superação dos obstáculos inerentes à hospitalização, integrando-se as preferências das famílias e criança (Hockenberry & Wilson, 2014; Salgado *et al.*, 2018).

No SIP verificamos um cuidar holístico e integrador da família na prestação dos cuidados. Esta preocupação constata-se imediatamente na admissão no serviço, onde é prática obrigatória a apresentação do espaço físico, a informação sobre rotinas existentes, horários de visitas, entre outras, sendo também entregue um folheto informativo onde toda esta informação encontra-se sistematizada, reduzindo-se desta forma o nível de ansiedade, das crianças e família, conferindo-lhes uma sensação de segurança e de disponibilidade. A relação terapêutica existente entre a

criança, família e EEESIP, é trabalhada de forma cuidadosa, havendo uma capacitação dos pais e criança (de acordo com a sua capacidade de discernimento), em relação a todas as intervenções implementadas, criando-se um espaço de compreensão, onde é possível, o esclarecimento de dúvidas e manifestação de inseguranças que podem contaminar a existência de ganhos em saúde.

Durante este percurso tivemos a oportunidade de acompanhar situações delicadas como o exemplo da comunicação de diagnósticos complexos, nomeadamente doença oncológica, exigindo por parte da equipa competências e habilidades comunicacionais, a prescrição de intervenções face aos problemas identificados que suportem as dificuldades inerentes a uma fase tão difícil, conferindo-lhes estratégias de adaptação promotoras de esperança e que das competências parentais.

A gestão diferenciada da dor com o recurso a medidas de controle não farmacológicas e farmacológicas é uma preocupação constante da equipa multidisciplinar. Todas as intervenções que possam causar dor ou desconforto, sempre que possível, não são realizadas na enfermaria ou quarto, mas numa sala de tratamentos, de forma à criança não associar sentimentos negativos ao espaço onde permanecerá mais tempo e onde deve sentir-se segura e confortável.

Os diagnósticos mais comuns que observamos no SIP, exigem a mobilização de conhecimentos e habilidades que possibilitem um rápido reconhecimento de focos de instabilidade aplicando-se respostas adequadas no sentido de os resolver, cabendo ao EEESIP uma visão atenta e profunda.

A existência de uma sala de convívio destinada a crianças e famílias, com a permanência de Educadoras, com vários materiais lúdicos, jogos, livros, brinquedos, é uma mais valia para todos, uma vez que a quebra nas rotinas e a necessidade de se terem que adaptar a uma nova realidade constitui uma tarefa que nem sempre é fácil. A possibilidade de as crianças poderem brincar num espaço lúdico durante a hospitalização permite a produção de uma realidade própria ao modificar e amenizar as rotinas estabelecidas durante o período do internamento, sendo uma estratégia positiva na gestão do stress. Este espaço torna o ambiente hospitalar mais agradável, proporcionando às crianças e suas famílias uma estadia menos traumatizante, ajudando no

processo de recuperação, permitindo uma associação de normalidade, potenciando também a interação com os profissionais de saúde, tal como descreve Sousa, Vitta, Lima & Vitta (2015).

Uma situação comum com que nos deparamos no SIP é a necessidade de mães que estão a amamentar e por motivos de força maior, como o exemplo dos períodos em que é necessário fazerem-se pausas alimentares, terem que extrair leite materno. Uma vez que não existia uma norma que balizasse todos os procedimentos necessários a ter-se têm em linha de conta neste procedimento, sentimos a necessidade de trabalharmos nesta lacuna. Foi realizada uma pesquisa de evidência científica por forma a ser elaborada uma Norma de Intervenção do Enfermeiro na Extração de Leite Materno (Apêndice XXII).

A promoção da amamentação integra a prática do EEESIP, uma vez que o leite materno é o alimento ideal para qualquer bebé, proporcionando inúmeros benefícios à sua saúde que se estendem a toda a vida da criança, na medida em que promove um crescimento e desenvolvimento saudável. Sabe-se que aleitamento materno é protetor da desnutrição e da obesidade, sendo que os primeiros meses de vida são apontados como essenciais para o desenvolvimento da obesidade, que é considerada um verdadeiro desafio da saúde pública. A introdução precoce de alimentos sólidos pode também aumentar o risco do seu desenvolvimento, apontando-se os primeiros meses de vida como cruciais. Poderá haver uma relação de proteção conferida pelo leite materno na obesidade infantil, havendo estudos que apontam que a amamentação protege as crianças de desenvolverem excesso de peso ou obesidade, e outros que evidenciam que introdução da alimentação complementar num período de tempo mais próximo daquele que é o recomendado também constitui um fator de proteção (Camargos, Azevedo, Silva, Mendonça & Lacerda, 2019; Nascimento, Silva, Ferreira, Bertoli & Leone, 2016; Vicari, 2013). Desta forma consideramos que em contexto da hospitalização da criança, poderá haver um prejuízo da amamentação, sendo de extrema importância que os enfermeiros a promovam, garantindo todas as condições necessárias para que esta se mantenha, podendo ser necessário a extração de leite materno, sendo bastante pertinente existir uma norma de intervenção que suporte esta prática.

A preparação da alta no SIP, poderia ser um processo simples ou mais complexo, dependendo do diagnóstico e das competências e estrutura parentais. O planeamento foi sempre realizado de forma

critérioria, envolvendo muitos ensinosa do EEESIP de forma a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio. Eram avaliadas as necessidades, a existência de recursos essenciais sendo muitas das vezes realizado uma aferição dos recursos comunitários existentes e até mesmo a articulação com os Cuidados de Saúde Primários. Os ensinosa de enfermagem serão mais eficazes se se verificar a observação, participação com supervisão e uma demonstração com retorno da competência, dando um tempo experimental à família para que esta possa assegurar os cuidados necessários. Torna-se também importante a disponibilização de informações por escrito sobre os cuidados a serem acutelados no domicílio (Hockenberry & Wilson, 2014).

Este estágio contribuiu de forma muito positiva para o nosso desenvolvimento de competências e habilidades, considerando que de uma forma global conseguimos cumprir os objetivos definidos.

3.4 Análise do Percorso de EEESIP numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O último contexto do Estágio Final foi uma Unidade de UCSP, mais precisamente numa extensão desta Unidade, tendo decorrido entre doze de novembro de 2018 a dezoito de janeiro de 2019. A realização deste estágio permitiu-nos conhecer uma nova realidade, como seria o caso da extensão de saúde selecionada. Exercendo na altura funções de enfermeira numa UCSP, possibilitou-nos ter um conhecimento mais profundo e detalhado sobre a filosofia destas unidades, as problemáticas mais comuns e as possíveis intervenções no âmbito do EEESIP, que pudessem ser aplicadas, que pudessem contribuir positivamente para a resolução das mesmas.

O objetivo major deste estágio era a implementação de um projeto de intervenção em enfermagem, destinado a crianças dos 5 aos 18 anos, que tivessem inscritas nesta extensão de saúde e que tivessem um percentil de IMC igual ou superior a 85, sem comorbilidades.

Os objetivos estabelecidos para este estágio foram:

- Adquirir conhecimentos no âmbito da prestação de cuidados do EEESIP à criança e família;

- Aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento da consulta de Saúde Infantil e Juvenil;
- Implementar o projeto de Intervenção em Enfermagem.

O projeto foi descrito detalhadamente no capítulo 3, onde apresentamos o desenho da intervenção que foi desenvolvida.

A UCSP engloba a Sede e oito extensões, abrangendo uma população total de 24,295 utentes inscritos. Na figura 2 apresentam-se os grupos etários de acordo com o DL 298/2007 e a na figura 3 a pirâmide etária dos utentes inscritos de UCSP.

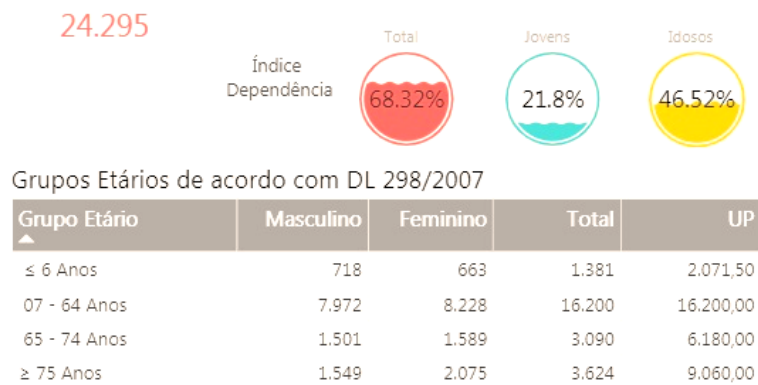


Figura II - Grupos Etários da UCSP



Figura III – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos da UCSP

Assume como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população, pautados pela excelência, qualidade e efetividade, de forma multidisciplinar, promovendo-se a saúde, o diagnóstico e tratamento de doença aguda e crónica, potenciando a acessibilidade aos utentes.

A equipa multidisciplinar é constituída por onze enfermeiros na sua totalidade incluindo o Enfermeiro em Funções de Chefia, sendo que seis são Enfermeiros Especialistas, (três Enfermeiros são Especialistas em Saúde Comunitária, um Enfermeiro é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, uma Enfermeira é Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e uma é EEESIP), Médico Coordenador, médicos assistentes, secretários clínicos e assistentes operacionais.

É desenvolvido o método Individual de trabalho onde cada enfermeiro forma uma equipa com um médico, sendo responsáveis pela gestão do seu ficheiro de utentes, cerca de 2000 mil, acompanhando as famílias desde o seu nascimento até à sua morte.

Um facto que constatamos foi que nesta Extensão de Saúde, existe uma proximidade ainda maior entre a população e os profissionais de saúde, fazendo com que a afluência e acessibilidade seja bastante positiva, podendo também contribuir o facto da distância geográfica existente até outras unidades de saúde. Verificamos que a família, desde os avós aos netos, estabelece uma relação de empatia e confiança, com os profissionais de saúde, fazendo com que mais facilmente cumpram com as orientações sobre os momentos das consultas de vigilância, demonstrem especial interesse por todas as orientações emanadas pelos profissionais, sendo a acessibilidade promovida, trazendo facilmente os utentes ao centro de saúde. Este aspeto mostrou-se muito facilitador do nosso trabalho, visto estarmos a desenvolver um projeto para uma população interessada e motivada.

Por outro lado, dada a grande experiência profissional da enfermeira tutora, foi-nos possível maximizar as aprendizagens, desenvolvendo as competências inerentes ao EEESIP de forma sustentada e progressiva. Benner (2001), enfatiza a importância da experiência para se atingir a perícia, recrutando-se as situações já vividas que nos direcionam à raiz do problema sem se ter em linha de conta considerações inúteis.

Apesar de a enfermeira tutora realizar a vigilância de utentes de todas as faixas etárias, durante todo o estágio houve o cuidado de concentrarmos as nossas aprendizagens da forma mais direcionada possível à criança/família. Realizamos as consultas de vigilância de saúde infantil preconizadas pelo PNSIJ, concentramos as avaliações ponderais, as convocatórias para vacinação, a realização do diagnóstico precoce, a realização da consulta do adolescente (uma consulta iniciada durante o ano de 2018 especificamente para esta faixa etária) entre outras situações específicas onde havia necessidade de a criança/família de ser avaliada, para os dias onde se realizava o nosso estágio.

Constatamos um esforço por parte da equipa de saúde por cumprir e fazer cumprir a periodicidade das consultas preconizadas pelo PNSIJ, sendo na primeira semana de vida, com um mês, dois meses (M), quatro M, seis M, nove M; doze M, quinze M, dezoito M, dois anos (A), três A, quatro A, Cinco A, seis ou sete A, oito A, dez A, entre os doze e treze A e entre os quinze e dezoito A. Desta forma seria avaliado o desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, as questões envolventes da escolaridade, hábitos alimentares, prática de atividades

desportivas e ocupação de tempos livres. Outro aspeto muito positivo era concordância entre os momentos de consulta e o PNV, promovendo-se a adesão à vacinação, criando momentos oportunistas, que facilitam o cumprimento das recomendações preconizadas pelo PNSIJ, produzindo-se ganhos em saúde (DGS, 2013).

Importa salientar o trabalho desenvolvido durante as consultas de vigilância no sentido de se promover a importância dos cuidados antecipatórios, promotores da saúde e preventores da doença, trabalhando e potencializando as competências parentais de forma a estes maximizarem o seu potencial, conferindo-lhes estratégias eficazes a serem tomadas em consideração, nas fases seguintes, sendo também uma oportunidade chave para a partilha de questões que os preocupassem, sentindo-se desta forma apoiados, reduzindo-se eventuais inseguranças que podem contaminar a parentalidade, rumo à responsabilização progressiva (DGS, 2013).

Em relação à avaliação do desenvolvimento psicomotor até aos cinco anos, foi sempre por nós priorizada, de forma a serem detetadas precocemente possíveis alterações que comprometessem o desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social da criança, tendo como suporte a escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, que permite identificar alterações aos padrões de referência de normalidade. A observação atenta por parte do EESIP é fundamental, vigiando o comportamento da criança desde a sala de espera até à saída da consulta, tendo-se sempre em consideração as preocupações manifestadas pelos familiares e que poderão existir variações em relação ao ritmo em que se alcançam as novas competências (DGS, 2013).

A amamentação foi uma temática muito recorrente na nossa abordagem, uma vez que, inúmeras mulheres recorriam à consulta por dificuldades no seu estabelecimento. O suporte oferecido constituiu-se essencial para a sua promoção, através da observação da mamada, verificação da pega correta, realização de ensinamentos sobre a prevenção da mastite, promoção da vinculação e esclarecimento de dúvidas apresentadas pelas mães de forma a diminuirmos o abandono precoce do aleitamento materno.

A Saúde oral constituiu um alvo de bastante destaque ao longo de todas as consultas, uma vez que muitas crianças e jovens, apresentaram sinais de uma escovagem deficitária, constatando-se

em alguns casos a existência de cáries. A nossa intervenção abordou a importância da escovagem dos dentes, a participação ativa dos pais, a importância da evicção de alimentos cariogénicos e o encaminhamento para o higienista oral, sempre que necessário.

A vacinação foi desenvolvida com bastante empenho da nossa parte, tendo sido realizadas convocatórias das crianças que não estavam em cumprimento do PNV, exigindo em alguns casos, um empenho excepcional da nossa parte, no sentido de informar os pais que apresentavam receios em relação à vacinação dos seus filhos, muitas das vezes devido à existência de mitos. Cabe ao EEESIP mobilizar os seus conhecimentos de forma a sensibilizar estas famílias sobre as vantagens da vacinação e riscos para a saúde associados ao não cumprimento do PNV, para que possam tomar uma decisão consciente e informada.

A utilização de técnicas de controle da dor associadas às intervenções de enfermagem foi uma prática comum durante este estágio, recorrendo-se a técnicas não farmacológicas e farmacológicas. Nas crianças que são amamentadas promove-se, por exemplo, a vacinação à mama, de forma a controlar a dor. O recurso a medidas de distração, como as bolas de sabão também são muito utilizados.

A comunicação com as crianças e famílias teve por base o estágio de desenvolvimento, sendo culturalmente sensível (alguns utentes são provenientes de outros países), havendo sempre espaço para a partilha de preocupações que acometessem as crianças e as famílias, valorizando-se a informação verbal, nunca esquecendo a riqueza da informação não verbal que muitas das vezes pode ser fundamental.

A participação na consulta do adolescente foi uma oportunidade de aprendizagem de especial relevância neste percurso, na medida em que contribuiu para o nosso desenvolvimento de competências e habilidades com os jovens dos dez aos dezoito anos. Esta consulta iniciou-se no ano de 2018, com a integração da enfermeira tutora nesta extensão de saúde, que verificou a necessidade de dar uma resposta mais consistente aos adolescentes devido às especificidades inerentes a esta fase da vida quer seja pelas alterações fisiológicas quer seja pela importância da abordagem dos aspetos psicossociais. A consulta tem por base as orientações presentes no PNSIJ,

promovendo-se a flexibilidade, privacidade, confidencialidade a participação ativa dos adolescentes e família, criando-se vários momentos de consulta onde participam de forma conjunta os adolescentes e pais e momentos em que participam só os adolescentes. Os ganhos alcançados nesta abordagem foram inúmeros, uma vez que os adolescentes e famílias, manifestavam satisfação e uma capacidade de resposta às dificuldades inerentes a esta fase de vida mais eficaz.

A avaliação da dinâmica e estrutura familiar, bem como a rede de suporte sociofamiliar, constituiu uma das nossas prioridades em todos os contactos com a criança/família, uma vez que o EEESIP deve incluir todos os membros da família no seu plano de cuidados, descortinando as suas forças e fragilidades, avaliando criteriosamente as necessidades existentes.

O trabalho observado e desenvolvido, junto destas crianças e famílias, mostrou-se sempre promotor do trabalho em equipa, onde verificamos uma grande capacidade de otimização do tempo de consulta por parte da enfermeira tutora e da médica com quem faz parceria, uma vez que se preconizava a realização da consulta de enfermagem no primeiro momento, seguindo-se do exame físico realizado pela médica, efetuado no gabinete de enfermagem, seguidamente dirigiam-se ao gabinete médico para a finalização desta consulta e caso fosse momento de vacinação regressavam ao gabinete de enfermagem, potenciando-se a colaboração e disponibilidade da criança e família.

A busca pela aquisição de competências na avaliação das crianças e famílias com excesso de peso e obesidade foi sempre uma constante ao longo deste percurso. Foram várias as crianças em que verificamos a existência desta problemática, permitindo-nos comprovar a pertinência do nosso projeto de intervenção, consciencializamo-nos dos pontos que necessitaríamos de desenvolver futuramente numa consulta específica de forma a sustentar a nossa abordagem. Abordamos a importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física, hábitos de vida saudável com envolvimento constante das famílias. A elaboração dos documentos de suporte à consulta de enfermagem “Crescer com Saúde”, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos em relação a esta temática, exigindo um trabalho de pesquisa de evidência científica que nos capacitasse na priorização da nossa intervenção e na mobilização de recursos eficazes que apoiassem as crianças e as suas famílias.

Todos os dados decorrentes da nossa avaliação são registados no programa informático e no boletim de saúde infantil e juvenil.

A aquisição contínua de conhecimento científico é para nós uma prioridade, uma vez que o EEESIP, pauta-se pela busca da evidência científica o mais atualizada possível que sustente a sua prática. Durante este estágio participamos nas Jornadas do Serviço de Pediatria “Novas Realidades do Cuidar”, com duração de dois dias (ANEXO I) e no VII Encontro de Benchmarking em Pediatria, com a duração de dois dias, na qualidade de Coautora da Comunicação Livre: Amamentação como Técnica não Farmacológica de Alívio da Dor na Vacinação (ANEXO II). Estes momentos de partilha da evidência científica que suporta a nossa prática, são essenciais e determinantes para o desenvolvimento das competências de EEESIP.

Os objetivos que delineamos foram atingidos de uma forma global, tendo sido um percurso bastante rico na aquisição e desenvolvimento das competências, apesar da limitação de tempo com que nos deparamos, que caso tivesse sido maior poderia ter contribuído para a concretização de outras atividades.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

O percurso académico e profissional apresentado ao longo deste relatório, visa a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns de EE, competências específicas do EEESIP e competências de Mestre. Seguidamente iremos apresentar uma análise reflexiva acerca das competências adquiridas, relacionando-as com as atividades que foram desenvolvidas ao longo do Estágio I e do Estágio final, evidenciando capacidade de reflexão sobre a prática clínica baseada na evidência científica.

Apresentamos as competências comuns do EE, seguidas das competências específicas do EEESIP e finalizamos com a apresentação das competências de mestre.

4.1 Análise Reflexiva das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ao EE são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas, na prestação de cuidados de enfermagem especializados em função da sua área de especialidade (Diário da República, 2019).

As competências comuns são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, sendo detentores de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, oferecendo suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, da investigação e assessoria (OE, 2019).

Encontram-se divididas em quatro domínios, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, contemplam:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no âmbito da sua intervenção;
- Garante práticas de cuidados respeitadoras dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Ao longo dos diferentes estágios foi desenvolvido este domínio, suportando a nossa conduta e as atividades desenvolvidas, tendo na base da prática clínica o Código Deontológico que regula a nossa profissão, pautando-nos por aplicar práticas respeitadoras dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais, mobilizando continuamente o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, almejando-se um acesso aos cuidados especializados de saúde equitativos, promotores da saúde, preventores da doença, delineando-se o tratamento e a recuperação, respeitando os princípios da parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, abordando de forma holística, ética e culturalmente sensível, estando em consonância com estas competências apresentadas (OE, 2013).

Todas as intervenções e contactos estabelecidos com a criança, jovem, família ou pessoa significativa tiveram na sua base as competências acima referidas, estabelecendo-se parcerias respeitadoras da capacidade de tomada de decisão baseada no conhecimento e experiência, participando na construção da tomada de decisão em equipa, selecionando-se as respostas mais adequadas. Destacamos a importância da reflexão contínua que é solicitada no processo de tomada de decisão, avaliando-se os resultados obtidos e partilhando-os (OE, 2019).

Consideramos de extrema relevância o respeito pelo direito de acesso à informação, a garantia da confidencialidade, privacidade, autodeterminação e respeito pelos valores e crenças, suportando a nossa prática de forma transversal a todos os estágios.

Em relação ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, são apresentadas três competências. Destacamos a nossa sendo que no estágio da CEP evidenciamos a formação realizada sobre o PNV destinada à equipa de enfermagem (APÊNDICE XX), o folheto realizado no SUP destinado aos adolescentes sobre a Alimentação Saudável na Adolescência (APÊNDICE XXI), no SIP a elaboração da norma de Intervenção do Enfermeiro na Extração de Leite Materno (APÊNDICE XXII) e na UCSP a

implementação do projeto de intervenção de enfermagem que consistiu no desenvolvimento de uma consulta de enfermagem destinada a crianças desde os cinco aos dezoito anos com excesso de peso e obesidade, com um IMC superior ao percentil 85, sem comorbidades (APÊNDICE VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII).

Em relação ao domínio da Gestão de Cuidados, manifestamos uma preocupação transversal a todos os estágios no desenvolvimento de capacidade de gestão que nos permitisse alcançar a otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, assegurando a segurança e qualidade das tarefas delegadas, executando as adaptações necessárias de acordo com os recursos existentes e do contexto onde estávamos inseridos. No estágio da CEP, o fato de a enfermeira tutora ser enfermeira de referência numa consulta de especialidade, promove a acessória à equipa restante equipa, uma vez que, era o elemento que detinha um conhecimento aprofundado da criança e família, participando de forma ativa no processo de tomada de decisão. No SUP, sendo a enfermeira tutora chefe de equipa, permitiu-nos participar em atividades inerentes à gestão do serviço, tais como, distribuição dos cuidados pela equipa de enfermagem, gestão de material e equipamentos, delegação de tarefas aos assistentes operacionais, verificação das condições da unidade, fomentação de um ambiente favorável à prática, bem como a resolução de problemas que surgiam de forma inesperada como a falta ao serviço de algum elemento da equipa. Na UCSP, através da implementação do projeto de intervenção, foi-nos possível desenvolver a capacidade de liderança e gestão dos recursos (OE, 2019).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, evidenciamos a capacidade do autoconhecimento e a assertividade nos diferentes estágios, uma vez que a perceção do eu e da forma como nos relacionamos com o outro assume uma importância extrema no estabelecimento e manutenção da relação terapêutica e com a equipa multidisciplinar, minimizando-se também os possíveis conflitos. A gestão das emoções e do stress também mereceu empenho da nossa parte, visto termos vivido momentos de intensidade variada em contextos que não dominávamos de uma forma plena, exigindo uma grande capacidade de autocontrole para garantirmos a qualidade da nossa prática. O nosso contato com as diferentes equipas multidisciplinares, crianças e famílias foi pautado por uma postura de excelência, permitindo uma adaptação individual e nas organizações (OE, 2019).

A nossa prática clínica caracterizou-se por uma preocupação permanente na busca da evidência científica mais atual, de forma a potencializar as nossas aprendizagens e desenvolvimento de competências, nos diferentes contextos de estágio. A mobilização de conhecimento novo enriquece de forma ímpar a nossa prática, potenciando ganhos em saúde. Foram vários os momentos de partilha, com as equipas multidisciplinares, que realizamos no sentido de promover conhecimentos válidos e atuais. O desenvolvimento das diversas pesquisas que elaboramos permitiram-nos uma amplificação dos nossos saberes. Destacamos a elaboração de uma revisão integrativa da literatura sobre o papel da família na obesidade infantil (OE, 2019).

A participação em formações de elevado interesse e rigor científico também concorreram, de forma muito positiva para o desenvolvimento dos nossos padrões de conhecimento, permitindo-nos o enriquecimento da nossa prática especializada (OE, 2019).

4.2 Análise Reflexiva das Competências Específicas do EEESIP

A nossa área de intervenção especializada corresponde à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, englobando a prestação de cuidados desde o nascimento até aos dezoito anos de idade, podendo-se estender até aos vinte e um anos ou vinte e cinco anos em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência e à sua família. O trabalho desenvolvido pelo EEESIP caracteriza-se pelo estabelecimento de parcerias com a criança/jovem/família ou pessoa significativa, nos diversos contextos em que se encontre inserida, promovendo o estado de saúde a um nível o mais elevado possível, prestando-se cuidados à criança saudável ou doente, desenvolvendo a educação para a saúde, identificando e recrutando recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2018).

As competências específicas do EEESIP estruturam-se em três grandes grupos: Assiste a criança e o jovem com a família, na maximização da sua saúde; O cuidado da criança, jovem e família nas situações de elevada complexidade; Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2018).

Em relação à competência *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* e de acordo com as unidades de competências descritas, destacamos transversalmente a todos os estágios a negociação da participação da criança/jovem/família no decorrer do processo de cuidar, objetivando-se a independência e o bem-estar, sendo um aspeto de elevada relevância uma vez que a negociação potencia a inclusão e a crescente responsabilização de todas as partes intervenientes. A comunicação que estabelecemos com a criança/família teve sempre em consideração o seu estágio de desenvolvimento, tendo sido adequada ao contexto onde estávamos inseridas na medida em que o pode ser necessário o recrutamento de diferentes técnicas de comunicação, como o exemplo do SUP, onde por vezes os níveis de ansiedade exigem uma adequação da comunicação de forma a conseguirmos reverter a situação.

O estabelecimento de parcerias promotoras da parentalidade foi desenvolvido em todos os estágios, tendo sido trabalhada a motivação das crianças/famílias de forma a assumirem os seus papéis em saúde. Disponibilizamos e proporcionamos conhecimento e aprendizagens de habilidades especializadas, em contexto da CEP com a exposição do cartaz alusivo à quantidade de açúcar (Apêndice XIX), proporcionando uma visualização simples e atrativa que contribuiu para a sensibilização e informação de todos. No SUP com a disponibilização do folheto informativo destinado aos adolescentes (Apêndice XXI) também contribuímos para o aumento do conhecimento. No SIP foram vários os momentos em que foi necessário investir em ensinamentos que proporcionassem o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de doença. No decorrer das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil foi evidente a potencialização dos comportamentos promotores de saúde recrutando-se os cuidados antecipatórios correspondentes a cada faixa etária, despistamos a identificação de evidência fisiológica e emocional de mal-estar psíquico, de situações de risco para as crianças, como o caso dos comportamentos de risco.

Relativamente à competência *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* (Diário da República, 2018), destacamos a aquisição de conhecimentos que nos permitiram o reconhecimento de focos de instabilidade oferecendo-se uma resposta antecipatória, nomeadamente em contexto de SUP, onde muita das vezes o agravamento do estado clínico das crianças pode estar eminente, sendo por isso necessário o seu reconhecimento. A gestão diferenciada da dor esteve presente em todos os estágios, onde foi-nos possível realizar a gestão de medidas

farmacológicas de combate à dor e onde foi-nos possível aperfeiçoar habilidades em terapias não farmacológicas de alívio da dor, algumas menos conhecidas como o recurso à hipnose em contexto do SUP. A promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, foi desenvolvida nas diversas especialidades existentes na CEP, sendo necessária a mobilização de conhecimentos específicos de acordo com a patologia em causa, de forma capacitar a criança/família na adaptação à sua doença. No SUP constatamos por exemplo, com adolescentes diabéticos em situação de descompensação, sendo uma situação frequente, devida muita das vezes à fraca adaptação destes à sua condição de doença, negligenciando os cuidados necessários para o bom controle glicémico, exigindo ao EEESIP, um investimento na capacitação destes adolescentes e famílias no sentido de adotarem estratégias de coping que lhes permitam aceitar e adaptarem-se à doença crónica. No SIP a promoção da adaptação à doença crónica foi intensamente trabalhada, sendo muita das vezes necessário a adequação do suporte familiar e comunitário ou mesmo a referenciação para cuidados de especialidade, articulando-se com as equipas de Cuidados de Saúde Primários, para garantir a continuidade dos cuidados, garantindo-se uma alta segura. Na UCSP o acompanhamento das crianças com doença crónica também foi uma realidade experienciada, sendo o EEESIP, um elemento fulcral no diagnóstico das necessidades especiais contribuindo positivamente para isso a relação de proximidade e continuidade com a criança e família, observando-se e promovendo-se uma relação dinâmica com as crianças e famílias com adaptação adequada (OE, 2018).

Em relação à terceira competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem” (Diário da República, 2018), evidenciamos o papel do EEESIP na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, sendo para isso necessário a detenção de conhecimentos sobre estes processos, a sua capacidade de avaliação, com recurso a orientações antecipatórias.

Esta competência foi desenvolvida em todos os contextos de estágio tendo sido amplamente treinada e aperfeiçoada, uma vez que independentemente do contexto é exigido ao EEESIP, conhecimentos que lhe permitam avaliar a criança de forma holística, acautelando o seu bom crescimento e desenvolvimento, conferindo-lhes conhecimentos que irão recrutar de forma antecipada rumo à maximização de todo o seu potencial. A parentalidade é um dos pilares de ação

do EEESIP, uma vez que é determinante que esta seja suportada de forma plena, objetivando-se a aquisição de competências por parte das famílias e crianças rumo à responsabilização progressiva.

A promoção da vinculação reveste-se de uma enorme relevância, tendo sido desenvolvida nos diferentes estágios. No SUP a promoção do contacto entre os pais e os RN foi trabalhada, tendo sido um importante recurso para acalmar e regular o RN. O envolvimento dos pais na prestação de cuidados foi uma constante bem como a promoção da amamentação.

No SIP através da realização da norma de intervenção do enfermeiro na extração do leite materno (Apêndice XXII), objetivou-se a promoção da amamentação.

Nas consultas de vigilância de saúde infantil, demonstramos conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, considerando os cuidados antecipatórios adequados e necessários, promovendo-se os diversos ensinamentos sobre amamentação, vinculação, segurança, higiene oral, diversificação alimentar, vacinação, entre outros, potencializando-se a parentalidade visando a maximização da saúde.

O projeto de intervenção desenvolvido contribuiu de forma positiva para o desenvolvimento desta competência, na medida em que promove a maximização da saúde das crianças e jovens, conferindo-lhes estratégias que assentam na alimentação e estilos de vida saudáveis, potenciando-se o bom crescimento e desenvolvimento.

A adaptação da comunicação constituiu para nós uma preocupação, na medida em que esta só é efetiva se tiver em consideração o estágio de desenvolvimento da criança e jovem, sendo também importante a mobilização de técnicas de comunicação no relacionamento com as crianças e famílias. Nos diversos campos de estágio desenvolvemos e aprofundamos habilidades comunicacionais.

A oportunidade de desenvolver competências junto dos adolescentes, foi transversal a todos os estágios permitindo-nos trabalhar a promoção da autoestima e autodeterminação. Na CEP acompanhamos adolescentes na consulta de obesidade e dislipidemia, com obesidade mórbida, tendo sido uma experiência marcante e desafiadora, onde a promoção da autoestima não é uma

tarefa simples, exigindo do EESIP uma enorme capacidade e mobilização de estratégias que permitam a tomada de decisão responsável, negociando com o adolescente e família um contrato de saúde, que produza ganhos, mesmo que sejam pequenos, motivando-o e conferindo-lhe estratégias que o auxiliem neste processo recheado de dificuldades.

Consideramos que adquirimos e desenvolvemos capacidades no âmbito das três competências, na medida em que prestamos cuidados e assistimos RN, assistimos crianças/adolescentes e famílias, desenvolvendo uma prática promotora da maximização da sua saúde; Cuidamos do RN de crianças, adolescentes e famílias em situação de elevada complexidade e por fim prestamos cuidados específicos que responderam às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento de RN, crianças, adolescentes e famílias. O desenvolvimento das diversas atividades descritas anteriormente, contribuíram de forma positiva para alcançarmos habilidades inerentes aos cuidados especializados.

4.3 Análise Reflexiva das Competências de Mestre

O regime jurídico dos graus e diplomas do Ensino Superior é apresentado no Decreto-Lei nº 63/2016 de treze de setembro, constando as competências inerentes ao grau de Mestre (Diário da República, 2016).

No artigo 15º são enumerados os elementos necessários para a obtenção do grau de Mestre, importando referir que ao longo deste percurso académico fomos desenvolvendo conhecimentos, competências e habilidades que contribuíram para o seu alcance. A atribuição do grau de mestre pressupõe que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos e de uma capacidade de compreensão a um nível que suporte os conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos, desenvolvendo-os e aprofundando-os, constituindo a base de desenvolvimentos ou aplicações originais, frequentemente em contextos de investigação (Diário da República, 2016).

O conjunto de conhecimentos que fomos obtendo ao longo deste percurso, bem como, o desenvolvimento de capacidades no campo da investigação, contribuíram positivamente para a obtenção desta competência, destacando-se a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura

que abordava o “Papel da Família na Obesidade Infantil”, apresentamos em apêndice o seu resumo (Apêndice XXIII) (Diário da República, 2016).

A capacidade de aplicação de conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, não havendo familiaridade em relação a elas, em contextos alargados foi espelhada ao longo dos diversos contextos de estágio e adquirido ao longo das unidades curriculares, requerendo conhecimentos e habilidades que possam ser mobilizadas perante situações desconhecidas, como foram o caso das experiências vivenciadas e competências de EEESIP adquiridas em contexto do SUP e SIP.

Demonstramos capacidade de integrar conhecimentos, lidando com questões complexas, determinando soluções e imitando juízos em diversas situações em que a informação disponibilizada apresenta-se incompleta evidenciando capacidade de reflexão sobre as implicações éticas e sociais (Diário da República, 2016). A tomada de decisão implica a realização de reflexões críticas constantes, sendo suportadas por princípios éticos e sociais, estando em concordância com as competências comuns do EE.

A capacidade de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios serão transmitidas em prova pública após a aprovação deste relatório e da apresentação do projeto de intervenção aplicado no estágio final que contribuíram de forma positiva para o desenvolvimento de competências no âmbito do EEESIP (Diário da República, 2016).

Este percurso foi pautado pela aquisição de conhecimentos, habilidades, competências e experiências que nos enriqueceram enquanto pessoas e nos permitiram desenvolver uma prática especializada mais autónoma, tendo sido construída uma bagagem que nos acompanhará ao longo da vida, mobilizando-se a mais atual evidência científica.

Consideramos que estivemos sempre despertos e disponíveis na busca de oportunidades que nos permitissem crescer, adquirir e desenvolver competências de EEESIP e de Mestre, finalizando este trajeto com a certeza que alcançamos os objetivos a que nos tínhamos proposto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da conclusão do relatório objetiva a apresentação dos principais resultados alcançados com a sua realização e do enriquecimento pessoal, profissional e acadêmico alcançado.

Os desafios com que os EEESIP se deparam na sua prática clínica são diversos e desafiantes. As buscas constantes pelo atingimento de elevados padrões de qualidade norteiam a sua ação, desenvolvendo a sua prática nos mais diversos contextos onde se inserem as crianças, jovens e as suas famílias.

A promoção da saúde, a prevenção da doença e o atingimento do bem-estar, são elementos essenciais que contribuem para ganhos em saúde, sendo que o trabalho desenvolvido em idade pediátrica promoverá a obtenção de adultos mais saudáveis e autônomos.

O destinatário de cuidados do EEESIP é constituído pela criança/jovem/família, assumindo a parceria de cuidados uma importância de enorme relevo, na medida em que a negociação participativa, a promoção da parentalidade, o desenvolvimento de conhecimentos potenciadores de respostas adaptativas, resultarão na melhoria do estado de adaptação e saúde.

Ao longo deste trajeto de formação cruzaram-se dois caminhos, o correspondente à elaboração do projeto de intervenção em enfermagem no decorrer no Estágio Final e o desenvolvimento deste relatório, permitindo-nos alcançar competências comuns e específicas inerentes ao EEESIP e competências de Mestre.

A obesidade infantil é considerada uma epidemia a nível mundial, contribuindo de forma negativa para a saúde das nossas crianças. Uma intervenção estruturada e desenvolvida pelo EEESIP torna-se essencial e urgente, na medida em que a obesidade nesta fase de vida pode causar danos severos na saúde e na autoestima das crianças como se perpetuar para a vida adulta, aumentando a prevalências das comorbilidades e contribuindo para a degradação da saúde dos indivíduos.

As experiências vividas ao longo do percurso percorrido nos diversos contextos de estágio, permitiram-nos a amplificação de conhecimentos, habilidades, capacidade de mobilização da teoria para a prática, a realização de uma prática baseada na evidência e a reflexão permanente sobre as vivências experienciadas e da prática desenvolvida.

Ao longo deste relatório apresentamos os objetivos que definimos para a elaboração do relatório, para os contextos de estágio e para o projeto de intervenção. De uma forma global conseguimos atingi-los, sendo que a aquisição de competências inerentes ao EEESIP e às competências de Mestre, solicitaram um elevado empenho da nossa parte.

Aproveitamos todas as oportunidades que nos surgiram nos diversos estágios para promovermos a aquisição de competências, desenvolvemos diversas atividades que contribuíram para o tratamento da obesidade infantil, despertando as diversas equipas multidisciplinares com que contactamos para a importância de trabalharmos esta problemática, partilhando a evidência mais recente nesta área, podendo afirmar que nos revelamos incansáveis na partilha da nossa inquietação.

Seguindo a linha de investigação da Segurança e Qualidade de Vida, mobilizamos a metodologia do trabalho de projeto para desenvolver a nossa intervenção de forma a alcançarmos os objetivos traçados. A sua descrição encontra-se num dos capítulos deste relatório. Os resultados obtidos foram positivos concretizando-se o desenvolvimento da consulta de enfermagem que contribuirá para a tratamento da obesidade infantil, que potencialmente poderá contribuir para melhorar o estado de saúde de muitas crianças com excesso de peso e obesidade infantil, objetivando-se um futuro melhor.

No futuro objetivamos o desenvolvimento desta consulta, sendo que este ocorrerá numa fase muito próxima devido a inclusão no Plano de Ação da UCSP para 2019, contudo consideramos possível o seu alargamento a outras unidades de saúde pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde.

Com o término deste relatório ficamos na certeza de que o caminho da aquisição de competências é um processo dinâmico, que se vai construindo ao longo da nossa vida profissional, cabendo-nos a responsabilidade de cultivarmos na equipa multidisciplinar a importância do tratamento da obesidade infantil.

Este trajeto termina com a certeza de que o nosso crescimento a nível pessoal, profissional e académico foi muito proveitoso, sendo desenvolvidas e adquiridas competências que nos permitirão e obtenção do título de EEESIP e de Mestre em Enfermagem.

6. BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A., Lopes, E. S. S., Camilo, J. T. S. & Choi, V. M. P. (2016). Manual Apa: Regras de Estilo e Formatação de Trabalhos Acadêmicos. São Paulo: FECAP Biblioteca. Disponível em: http://www.conpdl.com.br/wp-content/uploads/2017/03/Manual-APA_-regras-gerais-de-estilo-e-formata%C3%A7%C3%A3o-de-trabalhos-acad%C3%AAmicos.pdf
- Amaral & Melão (2016). O Perfil De Saúde De Crianças Vigeadas Em Consultas De Cuidados Primários Na Cidade De Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 34 (1): 53-60. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000437>
- Bayle, F. (2006). À Volta dos Nascimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beja, A., Ferreirinho, P., Craveiro, I. (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 10-17. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a03.pdf>
- Benner P., (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
- Borges, F., Barreto, M.S., Reis, P., Vieira, C.S., & Marcon, S.S. (2018). Perceptions and Attitudes of Children Experiencing Obesity. *Rev Rene*, 19, 1-8. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31599/pdf>
- Camargo, A.P.P.M., Filho, A.A.B., António, M.A.R.G.M., Giglio, J.S. (2013) A Não Percepção da Obesidade Pode Ser Um Obstáculo No Papel das Mães de Cuidar os Seus Filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 323-333. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=90&sid=7555aa54-f87b-4090-ba68-3e53dc563029%40sessionmgr102>
- Camargos, A. C. R., Azevedo, B. N. S., Silva, D., Mendonça, V. A., Lacerda, A. C. R. (2019). Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas estratégias saúde da família. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27 (1), pp. 32-38. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c9c7c0f7-caae-4385-b8b7-af39334ed426%40pdc-v-sessmgr06>
- Carvalho, M.A., Carmo, I., Breda, J., Rito, A. I. (2011). Análise Comparativa de Métodos de Abordagem da Obesidade Infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (2), 148-156. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902511700190>
- Castro, J.M., Ferreira, E. F., Silva, D. C., & Oliveira, R. A. R. (2018). Prevalência de Sobrepeso e Obesidade e os Fatores de Risco associados em Adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(69), 84-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a22v15s2.pdf>

- Cunha, L.M., Pantoja, M.S., Lima, A.V.M., Portella, M.B., & Furlaneto, I.P. (2018). Impacto Negativo da Obesidade Sobre a Qualidade de Vida de Crianças. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12 (70), 231-238.
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro de 2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 176.
- Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro de 2016 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, 1ª série, N.º176, pp. 3159-3191.
- Diário da República*, Ministérios das Finanças e da Saúde, Pub. L. No. Decreto-Lei nº113/2011, 5348 – (2), (2011). Portugal.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar em Enfermagem*, 20 (2), pp. 26-47. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=7153f2e1-47af-4968-8d10-edb88c947368%40sessionmgr103>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Pub. L. Na Norma nº 010/2013 de 31 de Maio. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Obesidade: Otimização da Abordagem Terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: https://nutrimento.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2017/10/Obesidade_otimizacao-da-abordagem-terapeutica-noservi%C3%A7o-nacional-de-saude.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2018). Alimentação Saudável Desafios e Estratégias. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1532085777PNPAS_DesafiosEstrate%C2%B4gias2018_vfinal.pdf
- Eli, K., Howell, K., Fisher, P. A., Nowicka, P. (2014) Those Comments Last Forever: Parents and Grandparents os Preschoolers Recount How They Became Aware of Their Own Body Weights as Children. *Plos One*, 9, 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111974>
- Enes, C.C., Slater, B. (2010). Obesidade Na Adolescência E Seus Principais Fatores Determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13 (1), 163-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/15.pdf>
- Farrel, M. (1992). Patnership in care: Paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1 (4). Disponível em: <http://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>

- Halliday, J., Palma, C., Mellor, D., Grenn, J. & Renzaho, A. (2014). The Relationship Between Family Functioning and Child and Adolescent Overweight and Obesity: A Systematic Review. *International Journal Of Obesity*, (38), 480-493. Disponível em: <http://doi.org/doi:10.1038/ijo.2013.213>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Jolley, J., shields, L. (2009). The Evolution Of Family- Centered Care. *Journl of Pediatric Nursing*, 24 (2). Elsevier In. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.pedn.20080310>.
- Júnior, M.S.G., Fraga, A. S., Araújo, T. B. & Tenório, M. C. C. (2018). Fator de Risco Cardiovascular: A Obesidade Entre Crianças e Adolescentes nas Macrorregiões Brasileiras. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(69), 132-142. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=20ac13dd-7a69-425e-b5f6-fa210d1e56bf%40sessionmgr4006>
- Li, B., Adab, P., Cheng, K.K. (2014). Family and Neighborhood Correlates of Overweight and Obesogenic Behaviors Among Chinese Children. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21, 700-709. Disponível em: DOI 10.1007/s12529-013-9333-y
- Marchi-Alves, L. M., Yagui, C. M., Rodrigues, C. S., Mazzo, A., Rangel, E. M. L., Girão, F. B. (2011). Obesidade Infantil Ontem e Hoje: Importância da Avaliação Antropométrica pelo Enfermeiro. *Escola Anna Nery*, 15 (2), pp. 238-244. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200004>
- Mello, E. D., Luft, V. C., Meyer, F. (2004). Obesidade Infantil: Como Podemos Ser Eficazes?. *Jornal de Pediatria*, 80 (3). Disponível em: <https://doi.org/10.2223/JPED.1180>
- Moreira, P. & Silva, P. (s.d.). *Guia De Integração Do Serviço De Urgência Pediátrica Do Centro Hospitalar* ██████████
- Nascimento, V. G., Silva, J. P. C., Ferreira, P. C., Bertoli, C. J. & Leone, C. (2016). Aleitamento Materno, Introdução Precoce De Leite Não Materno E Excesso De Peso Na Idade Pré-Escolar. *Revista Paulista de Pediatria*, 34 (4), pp. 454-459. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c9c7c0f7-caae-4385-b8b7-af39334ed426%40pdc-v-sessmgr06>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Parecer MCEESIP Nº 3/2012. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Da Criança E Do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediátrica, Pub. L. No. Regulamento nº 422/2018 de 12 de julho. Diário da república, 2ª série – Nº 133, pp. 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série – Nº 26, pp. 4744-4750. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Taking Action on Childhood Obesity Report. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf>
- Paiva, A.C., Couto, C.C., Masson, A.P.L., Monteiro, C.A.S., Freitas, C.F. (2018). Obesidade Infantil: Análises Antropométricas, Bioquímicas, Alimentares e Estilo de Vida. Revista Cuidarte. 9 (3), 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.575>
- Pender, N., Murdaugh, C. Health promotion (2014). Health Pomotion in Nursing Practice. (2015). United States of America: Pearson Education.
- Rego, C., & Peças, M. A. (2007). Crescer para Cima. Obras em Curso – Produção Editorial, Lda: Lisboa.
- Rito, A., Breda, J., & Carmo, I.do. (2010). Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge). Lisboa. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/GuiaAvaliacaoEstadoNutricional.aspx>
- Ruivo, M.A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos, (15), 1-37.
- Salgado, M. A., Bittencourt, I. S., Salgado, M. A., Paixão, G. P. N., Marinho, C. L. A., Fraga, C. D. S. (2018). Percepção da Enfermagem acerca do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada. Ciência & Saúde, 11 (3), pp. 143-150. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=da86a543-0af3-4e72-bff2-60142a9d2221%40pdc-v-sessmgr02>
- Sousa, L. C., Vitta, A., Lima, J.M., & Vitta, F. C.F. (2015). O Brincar no Contexto Hospitalar na Visão dos Acompanhantes de Crianças Internadas. Journal of Human Growth and Development, 255 (1), 41-49. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.96766>
- Sousa, M. R., França, S. P. S., Lima, J. M. & Almeida, S.L.S. (2015). Obesidade Infantil em Escolares Sob os Cuidados do Enfermeiro: Revisão Integrativa. Revista em Enfermagem UFPE, 9 (8), 8845-8853. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1ae0205d-91f0-4c67-8696-e1e5cd7ccd89%40sdc-v-sessmgr05>

- Souza, S. F. (2015). Orientações de Enfermagem Sobre Prevenção de Obesidade Infantil. *Revista Científica de Enfermagem*, 5 (13), 44-49. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=adafa9ab-76eb-4b83-8c01-5e8b698b68a0%40sdc-v-sessmgr02>
- Vicari, E. C. (2013). Aleitamento Materno, a Introdução da Alimentação Complementar e sua Relação com a Obesidade Infantil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 7 (40), pp. 72-83. Disponível em: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c9c7c0f7-caae-4385-b8b7-af39334ed426%40pdc-v-sessmgr06>
- Viveiro, C., Brito, S., Moleiro, P. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública*, 24 (1), 30-37. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000449>
- Wills, W. J. & Lawton, J. (2014). Attitudes to Weight and Management in The Early Teenager Years: A Qualitative Study of Parental Perceptions and Views. *Health Expectations*, 18, 775-783. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12182>
- World Health Organization (2017). *Assessing And Managing Children At Primary Health-Care Facilities To Prevent Overweight And Obesity In The Context Of The Double Burden Of Malnutrition*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259133/9789241550123eng.pdf?sequence=1>

Apêndices

Apêndice I – Questionário de Opinião

O presente pedido de autorização insere-se no percurso formativo de desenvolvimento de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Setúbal.

O Projeto de Intervenção a desenvolver encontra-se inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, onde realiza-se a abordagem da temática da Obesidade Infantil, pretendendo-se desenvolver uma Consulta de Enfermagem destinada a crianças com um IMC \geq p85 e com idades compreendidas entre ≥ 5 e ≤ 18 anos que estejam inscritas na UCSP de [REDACTED].

No desenvolvimento deste Projeto de Intervenção não são almejados danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais.

Os dados serão colhidos através de um questionário de opinião, constituído por 12 afirmações de resposta fechada segundo a escala de Likert.

Será assegurada a confidencialidade e o anonimato na recolha de dados, sendo que a informação será usada unicamente para o efeito, não sendo facultada a terceiros que não estejam diretamente implicados.

Declaro ter lido e compreendido este documento, assim como as orientações verbais que me foram facultadas, aceitando participar no estudo, permitindo a utilização dos dados, que forneço voluntariamente.

Questionário de Diagnóstico de Situação

Desenvolvimento de uma Consulta de Obesidade Infantil

A escala Likert que apresento tem cinco itens de concordância.

Assinale apenas um círculo no o seu nível de concordância com a afirmação.

1. Na [REDACTED], a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil é elevada.

___|___|___|___|___|___

Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo

Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

2. A educação para a saúde permanente, é uma estratégia importante no seguimento de crianças com excesso de peso e obesidade infantil.

___|___|___|___|___|___

Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo

Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

3. A limitação do tempo disponível, nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, apresenta-se como dificuldade no acompanhamento das crianças com excesso de peso e da obesidade infantil.

___|___|___|___|___|___

Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo

Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

4. A insuficiência de recursos mais específicos nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, apresenta-se como dificuldade no acompanhamento das crianças com o excesso de peso e da obesidade infantil.

___|___|___|___|___|___

Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo

Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

5. As intervenções de enfermagem no acompanhamento das crianças com o excesso de peso e obesidade infantil, devem abordar a alimentação saudável.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

6. As intervenções de enfermagem no acompanhamento das crianças com o excesso de peso e obesidade infantil, devem abordar a atividade física.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

7. As intervenções de enfermagem no acompanhamento das crianças com o excesso de peso e obesidade infantil, devem abordar a adoção de estilos de vida saudáveis.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

8. A relação existente entre os enfermeiros e a população infantil é um fator facilitador na abordagem do excesso de peso e obesidade infantil.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

9. A existência de um guia de consulta de enfermagem, para as crianças com excesso de peso e obesidade infantil potencia o bom acompanhamento das mesmas.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

10. Os enfermeiros estão despertados para a pertinência da sensibilização e captação de crianças com excesso de peso e obesidade infantil.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

11. A consulta de enfermagem para crianças/jovens com excesso de peso e obesidade, pode potencializar a motivação e a adesão ao tratamento.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

12. A família um importante foco de ação, no processo de perda de peso.

____|_____|_____|_____|_____|_____
Discordo Discordo Não concordo Concordo Concordo
Totalmente Parcialmente Nem discordo Parcialmente Totalmente

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice II – Pedido de Autorização ao Enfermeiro em funções de chefia
para Aplicação de Questionário de Opinião

Autorizado
Carls E

Exmo Srº Enfermeiro [redacted],
Enfermeiro em Funções de Chefia
da Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados de [redacted]

Marisa Gomes Oliveira Pinho, a desempenhar funções de enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Loulé - Sede, a frequentar o Estágio Final, do II Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção (Desenvolvimento de uma consulta de enfermagem no tratamento do excesso de peso e obesidade infantil) inserido nesta Unidade Curricular do 2º ano.

Para efetuar o diagnóstico de situação desta unidade curricular venho solicitar a sua autorização para a aplicação de um questionário de opinião ao enfermeiro em funções de chefia e à enfermeira orientadora, aferindo, desta forma, a pertinência do referido projeto.

Aguardo o vosso deferimento.

Os melhores Cumprimentos,

A aluna de Mestrado

Marisa Gomes Oliveira Pinho

(Marisa Gomes Oliveira Pinho, Nº Aluno: 170531130)

Apêndice III – Resultados do Questionário de Opinião

Resultados do questionário de Opinião

Afirmação	Questionário 1	Questionário 2
Na UCSP de ██████████, a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil é elevada.	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
A educação para a saúde permanente, é uma estratégia importante no seguimento das crianças com excesso de peso e obesidade infantil.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
A limitação do tempo disponível, nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, apresenta-se como dificuldade no acompanhamento das crianças com excesso de peso e da obesidade infantil.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
A insuficiência de recursos mais específicos nas consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, apresenta-se como dificuldade no acompanhamento das crianças com excesso de peso e da obesidade infantil.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
As intervenções de enfermagem no acompanhamento das crianças com excesso de peso e obesidade infantil, devem abordar a alimentação saudável.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
As intervenções de enfermagem no tratamento do excesso de peso e obesidade infantil, devem abordar a atividade física.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
As intervenções de enfermagem no tratamento do excesso de peso e obesidade infantil, devem abordar a adoção de estilos de vida saudáveis.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
A relação existente entre os enfermeiros e a população infantil é um fator facilitador na abordagem do excesso de peso e obesidade infantil.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
A existência de um guião de consulta de enfermagem, para as crianças com excesso de peso e obesidade infantil potencia o bom acompanhamento das mesmas.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
Os enfermeiros estão despertos para a pertinência da sensibilização e captação de crianças com excesso de peso e obesidade infantil.	Concordo parcialmente	Concordo parcialmente
A consulta de enfermagem para crianças/jovens com excesso de peso e obesidade, pode potenciar a motivação e a adesão ao tratamento.	Concordo totalmente	Concordo totalmente
A família um importante foco de ação, no processo de perda de peso	Concordo totalmente	Concordo totalmente

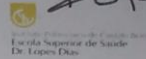
Apêndice IV – Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades - UCSP

Mês	19/11/18	26/11/18	3/12/18	10/12/18	2/01/19	14/01/19
	a	a	a	a	a	a
Atividades	23/11/18	30/11/18	07/12/18	18/12/18	04/01/19	18/01/19
Reunião com Enfermeiro em funções de chefia e enfermeira orientadora.						
Elaboração Fluxograma, Folha referenciação, documento inicial da consulta.						
Elaboração documentos: Curas crescimento OMS, avaliação estatura, pesagem.						
Elaboração documentos: Roda dos alimentos, alimentação e atividade física dos 5 aos 10 anos e dos 11 aos 18 anos, orientações para as famílias.						
Elaboração dos documentos de: Registo semanal de alimentação e exercício físico; Análise de percurso.						
Avaliação do projeto						

Apêndice V - Pedido de Autorização ao Coordenador da UCSP para a
Realização do Projeto de Intervenção em Enfermagem

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Autoriza a realização
do projecto de
Diferencial

11
20/11/2018

Marisa Gomes Oliveira Pinho, enfermeira, com a cédula profissional nº 59042, a [redacted], desempenhar funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [redacted], encontra-se a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com o número de aluno nº 170531130, e neste âmbito a realizar um estágio na Unidade de Cuidados de Saúde de [redacted] no período compreendido entre 12/11/2018 a 18/01/2019, sob a orientação clínica da Senhora Enfermeira Especialista Sandra Gomes, orientação académica da professora doutora Antónia Chora, pretende desenvolver uma metodologia de trabalho de projeto no serviço supracitado, na área da obesidade infantil, desenvolvendo uma consulta de enfermagem destinadas as crianças entre os 5 e os 18 anos, inscritas no Pólo de [redacted], que tenham um índice de massa corporal igual ou superior ao percentil 85.

Desta forma, solicita autorização para desenvolver o referido projeto e para proceder a aplicação de um questionário (Anexo I), ao enfermeiro em funções de Chefia e enfermeira orientadora, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [redacted], por forma a averiguar a pertinência da temática em estudo.

Serão cumpridos todos os aspetos éticos e deontológicos próprios de um estudo de investigação, garantindo-se o direito ao anonimato, sendo que os dados obtidos se destinam a fins académicos, sendo sempre assegurado a confidencialidade dos mesmos.

Encontro-me ao dispor através do seguinte contacto:

[redacted]@hotmail.com.

Agradeço a vossa disponibilidade e atenção, os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

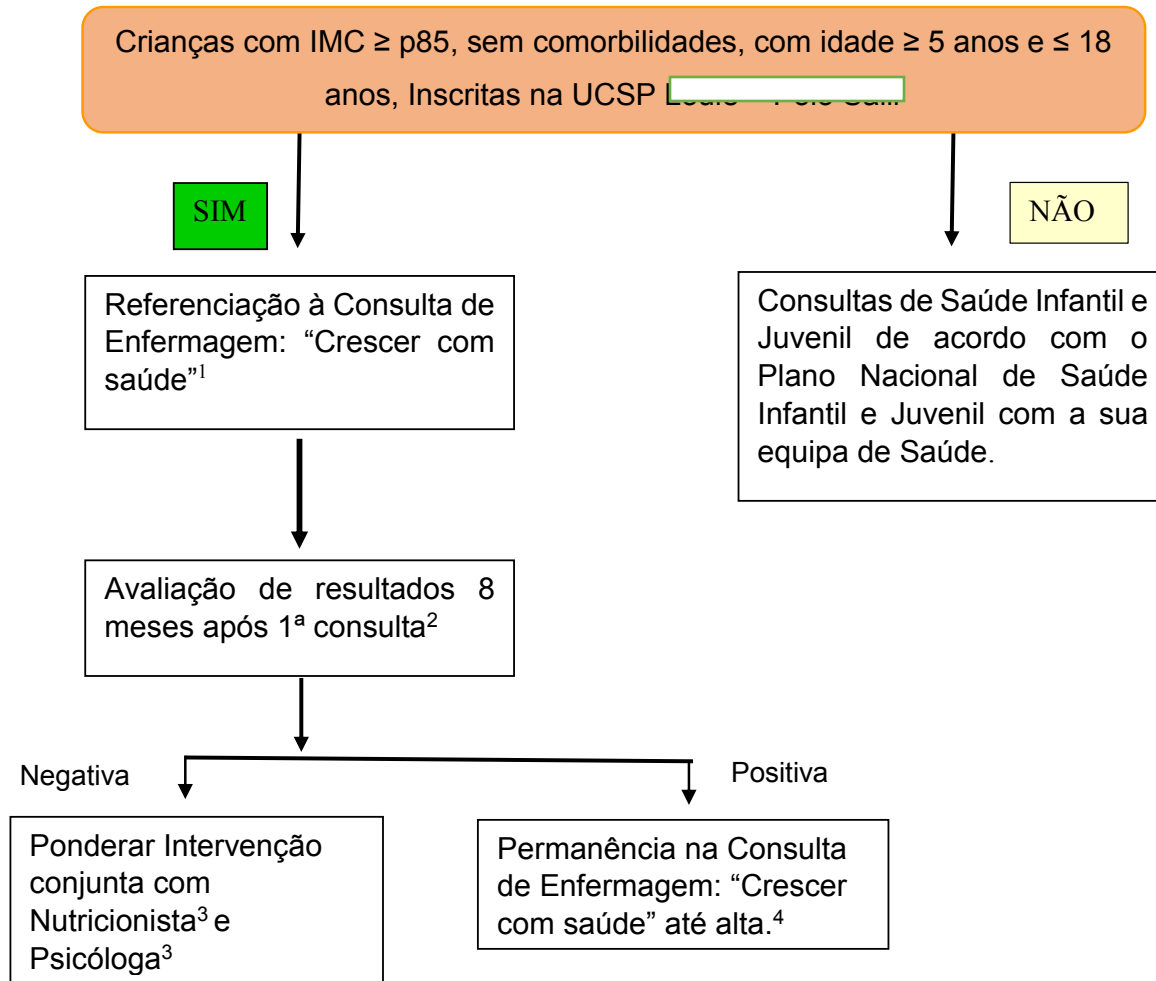
A aluna de Mestrado

Marisa Gomes Oliveira Pinho

(Setúbal, 15 de novembro de 2018)

Apêndice VI – Fluxograma de Referência à Consulta de Enfermagem
“Crescer com Saúde”

Fluxograma de referenciação para a consulta “Crescer com Saúde”



- (1) A referenciação à consulta pode ser realizada por médico de família, enfermeiro de família, pais ou equipa de saúde escolar, através do preenchimento do formulário de referenciação;
- (2) Consulta com frequência de 2 em 2 meses (Pode ser ajustado mediante necessidade);
- (3) Referenciação do médico de família para a nutricionista e Consulta Psicologia;
- (4) Considera-se alta da consulta quando se alcançar um IMC $p < 85$ durante 12 meses.

Apêndice VII – Documento de Referência à Consulta de Enfermagem
“Crescer com Saúde”

Referenciação à Consulta de Enfermagem: “Crescer com Saúde”

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Número do SNS: _____

Filiação: _____ Contacto telefónico: _____

Morada: _____

Médico de Família: _____

Enfermeiro de Família: _____

Peso: _____ Estatura: _____ Percentil de IMC: _____

Antecedentes: _____

Alergias: _____

Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: cumpre plano _____

Data da Referenciação: _____

Observações: _____

Apêndice VIII – Documento Inicial da Consulta de Enfermagem “Crescer com saúde”

Consulta de Enfermagem Crescer com Saúde

O tratamento do excesso de peso e obesidade infantil nem sempre é uma tarefa fácil, porém quando alcançarmos resultados positivos, a tua saúde irá melhorar, vais-te sentir com uma melhor imagem e autoestima.

Hoje vamos iniciar um percurso, que nem sempre será como desejarias, mas juntamente com a tua família iremos trabalhar para a melhoria dos hábitos de todos, para conseguirmos que percas peso.

Se houverem alguns momentos em que não se consigam alcançar todos os objetivos que pensamos, iremos-te ajudar a encontrar novas estratégias para melhorar!

Profissional

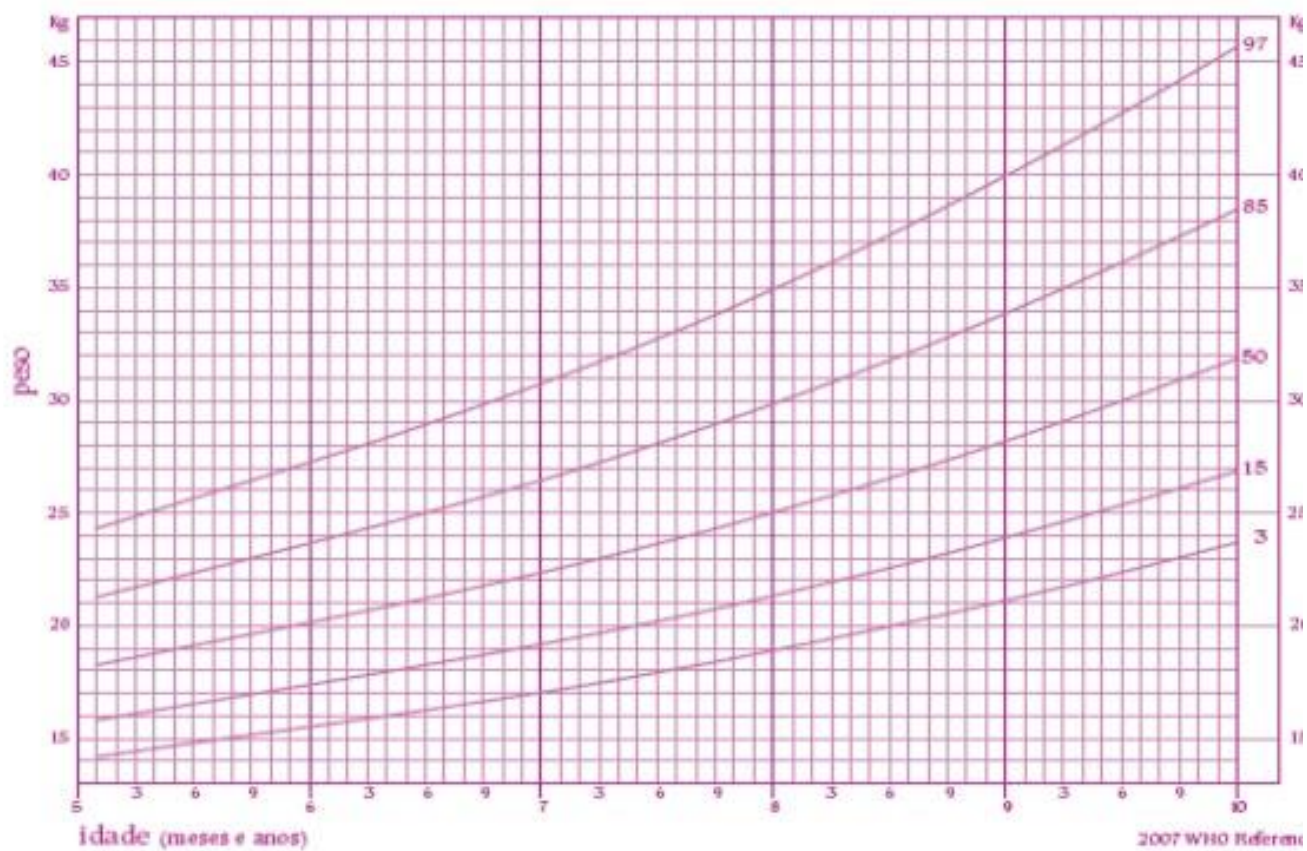
Criança/Adolescente

Familiar

Apêndice IX– Curvas de Crescimento Preconizadas pela OMS

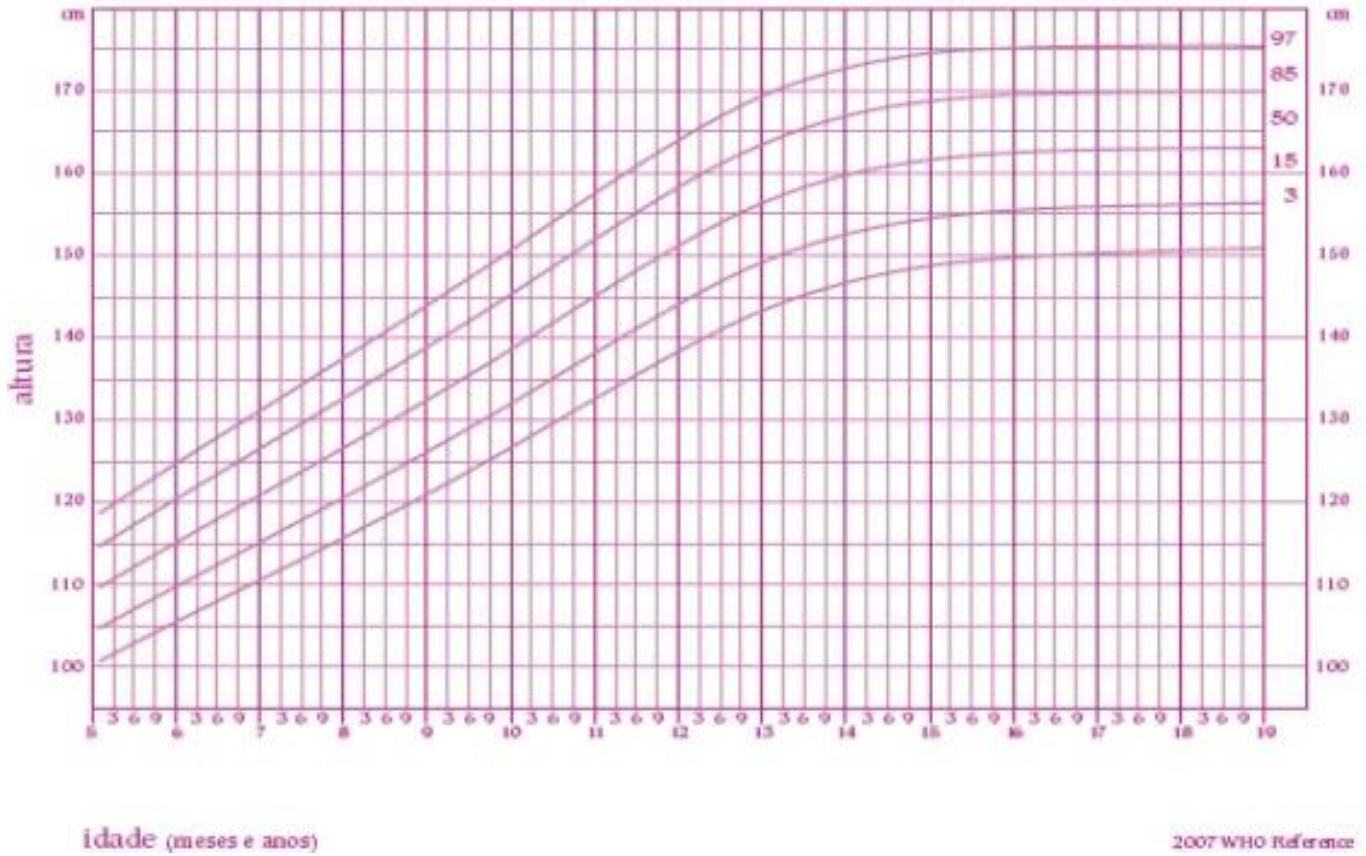
Curvas de Crescimento

1. Raparigas – Peso dos 5 aos 10 anos



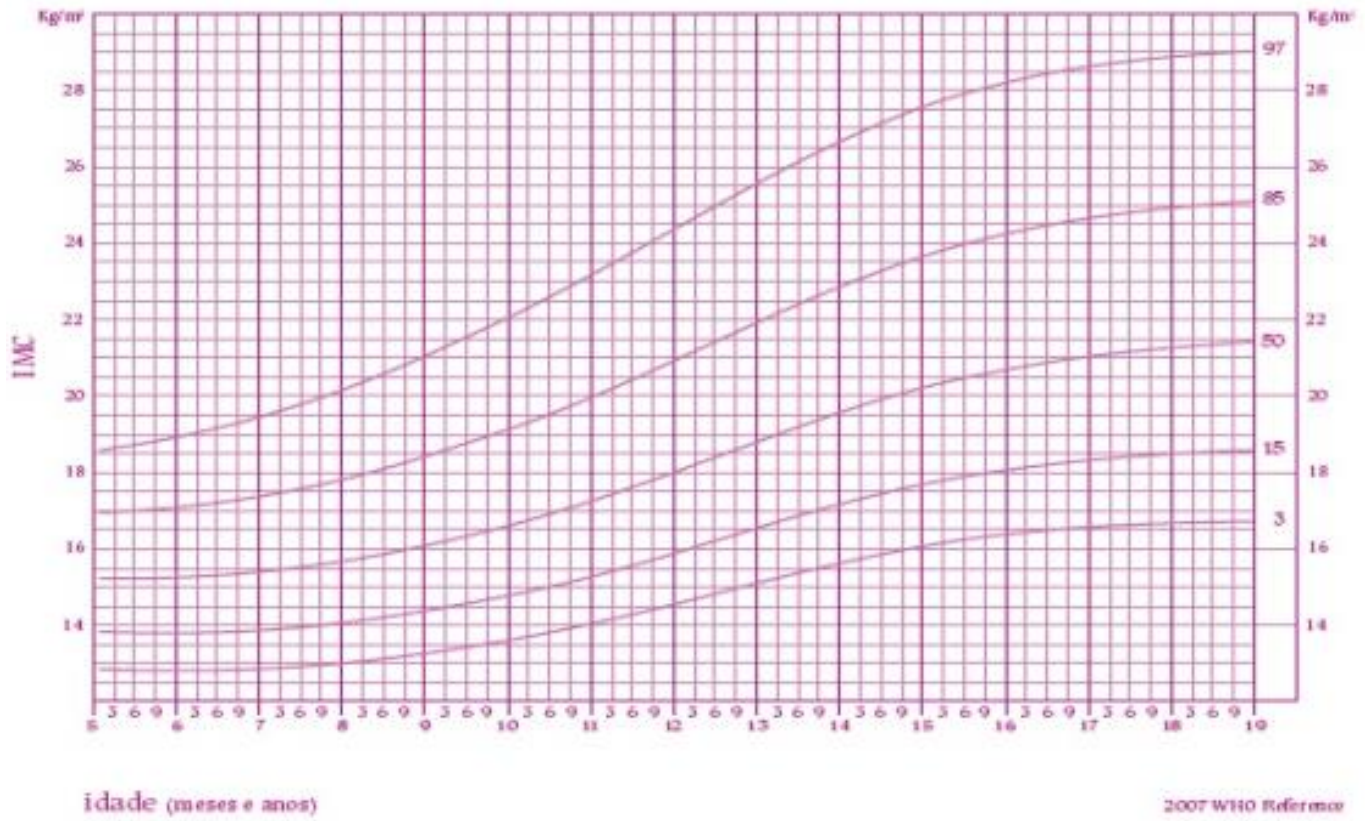
(DGS, 2013)

2. Raparigas – Altura dos 5 aos 19 anos



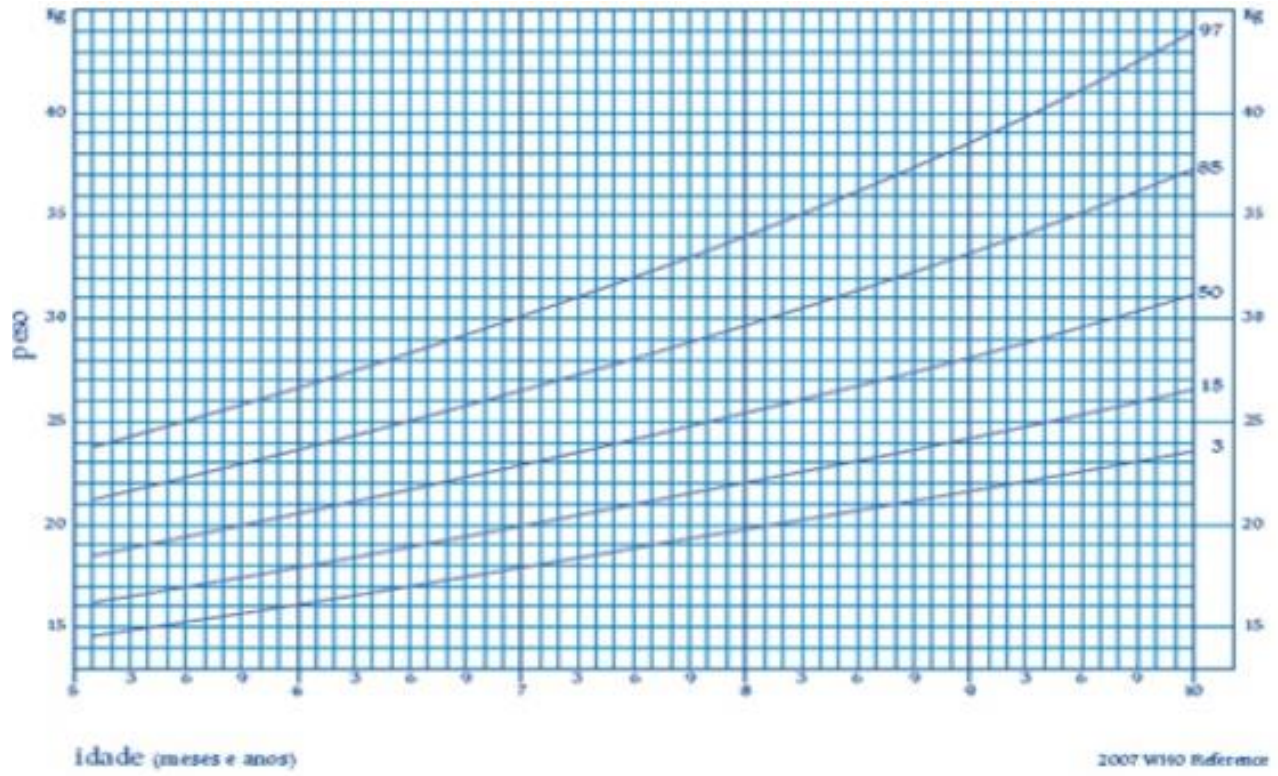
(DGS, 2013)

3. Raparigas IMC dos 5 aos 19 anos



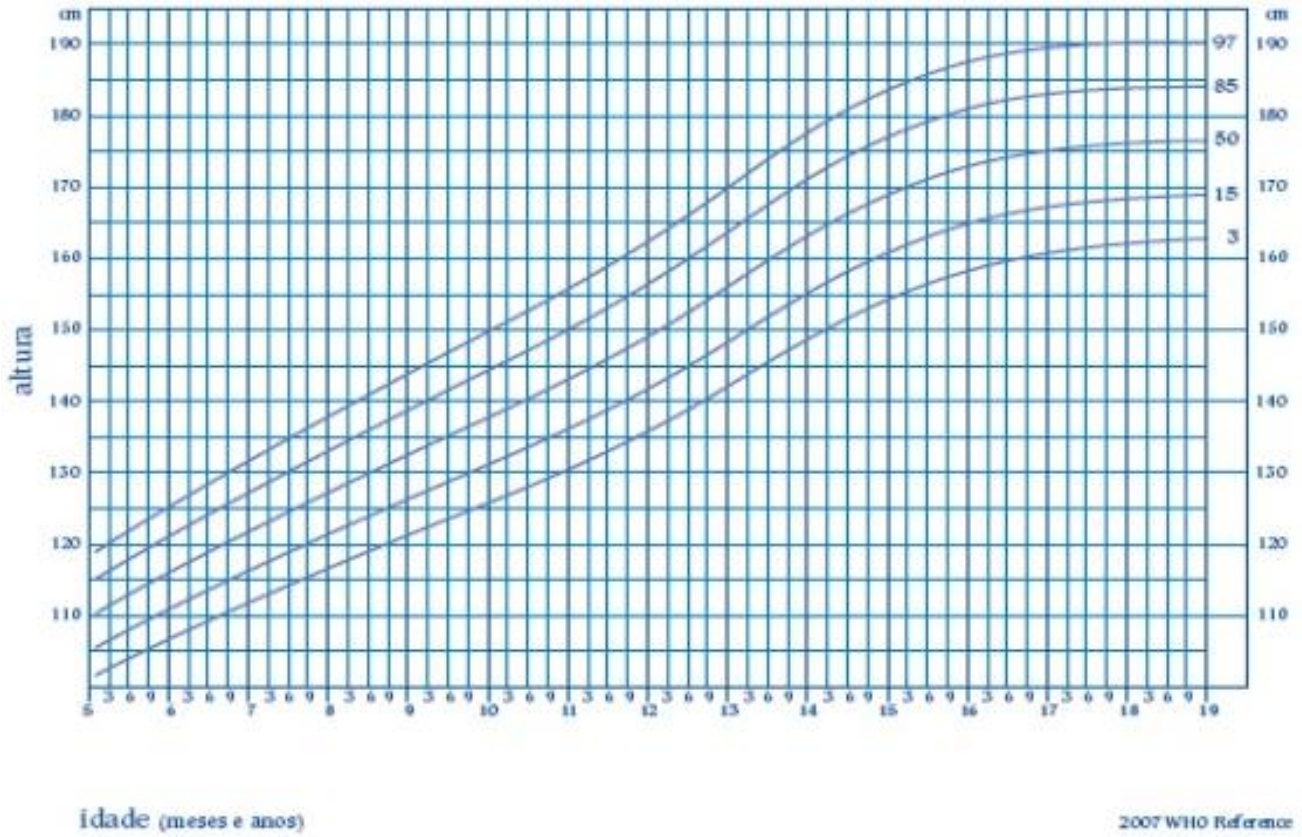
(DGS, 2013)

4. Rapazes – Peso dos 5 aos 10 anos



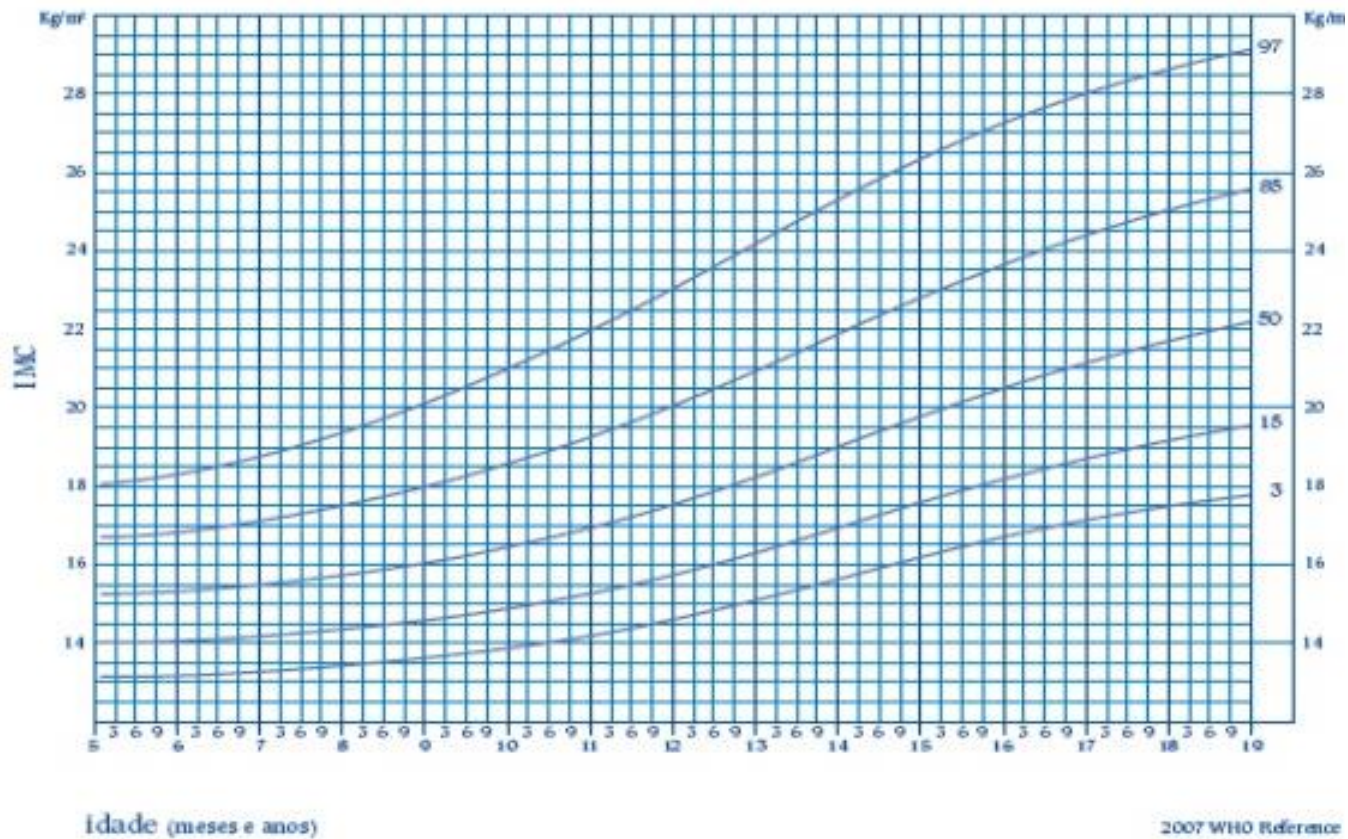
(DGS, 2013)

5. Altura dos 5 aos 19 anos



(DGS, 2013)

6. Rapazes IMC dos 5 aos 19 anos



(DGS, 2013)

Apêndice X – Orientações Para a Avaliação da Estatura com Estadiómetro

Orientações para a Avaliação da Estatura com Estadiómetro:

1. Verificar de que o estadiómetro está colocado numa superfície plana e que se encontra estável;
2. Verificar que a criança está descalça, sem meias e sem ornamentos no cabelo;
3. Com a criança de pé, com os pés bem assentes no chão, os pés ligeiramente afastados, os calcanhares encostados à superfície vertical, mantendo o nivelamento dos ombros e os braços posicionados ao longo do corpo. As pernas devem permanecer direitas. A parte de trás da cabeça, as omoplatas, as nádegas e os calcanhares devem tocar na superfície vertical;
4. A cabeça da criança deve estar posicionada a olhar para o horizonte, segurando-se o queixo, com o dedo indicador e o polegar, por forma a manter o correto posicionamento da cabeça;
5. Pode ser necessário empurrar ligeiramente o abdómen da criança, para promover o alinhamento na vertical, da criança, pedindo-lhe que faça uma inspiração, no momento da leitura;
6. Com a outra mão baixar o estadiómetro, empurrando ligeiramente o cabelo;
7. Ler o valor medido e registar.

Apêndice XI – Orientações para a Pesagem com Balança Mecânica de Coluna

Orientações para a Pesagem com Balança Mecânica de Coluna

1. Assegurar a colocação da balança numa superfície dura e plana;
2. Destruar a balança;
3. Verificar a calibração, caso não esteja calibrada, deve-se rodar suavemente o calibrador;
4. Travar a balança após a calibração;
5. Certificar de que a criança foi à casa de banho antes da pesagem;
6. Dar indicação para que a criança suba para a balança para se proceder à pesagem;
7. Posicionar a criança de costas para a balança, posicionando os pés ligeiramente afastados, no centro da plataforma, vestido com a menor quantidade de roupa possível, sem adornos, descalça, com a coluna ereta, as mãos e os braços posicionados ao longo do corpo, permanecendo imóvel;
8. Destruar a balança;
9. Movimentar o cursor maior sobre a escala numérica por forma a marcar os quilos e o cursor menor, por forma a marcar as gramas;
10. Verificar o alinhamento entre a agulha do braço da balança e o fiel;
11. Travar a balança;
12. Proceder à leitura e registo da pesagem;
13. Retirar a criança da balança;
14. Colocar os cursores ao zero.

Apêndice XII – Alimentação Saudável – A Roda dos Alimentos

Alimentação Saudável – A Roda dos Alimentos



A nova Roda dos Alimentos é constituída por sete grupos de alimentos de diferentes tamanhos. Cada grupo indica a proporção com que devemos ingeri-los diariamente.

As necessidades diárias de água (presente também em todos alimentos) podem variar entre 1,5 a 3 litros por dia.

Devemos consumir alimentos de todos os grupos, tendo uma alimentação variada.

- A maior fatia, corresponde ao grupo dos **Hidratos de carbono**, são os fornecedores de energia, mantendo o nosso corpo ativo. Exemplos: arroz, milho, trigo, cevada, aveia, batata, mandioca, batata-doce, beterraba, feijão, grão, ervilhas, entre outros;
- A carne e o peixe são os principais fornecedores de **proteínas**, muito importantes na construção dos músculos, órgãos e ossos. As proteínas podem ser de origem animal (carne, peixe, ovos, leite, iogurtes), ou de origem vegetal (leguminosas, soja). Um consumo excessivo de carne, pode contribuir para o aumento da gordura corporal, ocorrência de doença renal e vascular;
- A **gordura** é uma fonte de energia, pode ser de origem animal e vegetal e o espaço que ocupa na roda é de pequena dimensão. Na confeção de alimentos, deve-se dar preferência ao azeite e utilizando-o em pequenas quantidades;
- O grupo do **leite e derivados (queijo, iogurtes)**, são os principais fornecedores de cálcio, que desempenha um papel importante na formação dos ossos, na saúde dos dentes e no funcionamento de todas as células do corpo;
- Os **legumes, vegetas e frutas**, são o maior grupo da roda, uma vez que, o nosso corpo praticamente não produz vitaminas e minerais, que são os principais fornecedores desses

micronutrientes. A carência de vitaminas ou minerais, podem prejudicar o bom crescimento, o desenvolvimento intelectual e predispor a infecções. O consumo destes alimentos deve ser o mais variado possível, consumindo alimentos de diversas cores (verde, vermelha, violeta ou azul-escura e laranja).

- A **água**, tem um papel determinante, sendo responsável por todas as reações químicas que ocorrem no nosso corpo, regula a temperatura corporal, transporte de nutrientes e eliminação de toxinas, devendo ser consumida em abundância diariamente.
- Devemos ter uma alimentação variada, incluindo alimentos dos vários grupos;
As crianças dos 1 aos 3 anos devem orientar-se pelos limites inferiores, os homens ativos e os rapazes adolescentes pelos limites inferiores, as restantes faixas etárias, pelos valores intermédios.

O QUE É UMA PORÇÃO?*	POR DIA quantas porções são necessárias?***
Cereais e derivados, tubérculos 1 pão (50g) 1 fatia fina de broa (70g) 1 e 1/2 batata - tamanho médio (125g) 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g) 6 bolachas - tipo <i>Maria / água e sal</i> (35g) 2 colheres de sopa de arroz / massa crus (35g) 4 colheres de sopa de arroz / massa cozinhados (110g)	4 a 11
Hortícolas 2 chávenas almoçadeiras de hortícolas crus (180g) 1 chávena almoçadeira de hortícolas cozinhados (140g)	3 a 5
Fruta 1 peça de fruta - tamanho médio (160g)	3 a 5
Lacticínios *** 1 chávena almoçadeira de leite (250ml) 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g) 2 fatias finas de queijo (40g) 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g) 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)	2 a 3
Carnes, pescado e ovos Carnes / pescado crus (30g) Carnes / pescado cozinhados (25g) 1 ovo - tamanho médio (55g)	1,5 a 4,5
Leguminosas 1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g) 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas (ex: ervilhas, favas) (80g) 3 colheres de sopa de leguminosas secas / frescas cozinhadas (80g)	1 a 2
Gorduras e óleos 1 colher de sopa de azeite / óleo (10g) 1 colher de chá de banha (10g) 4 colheres de sopa de nata (30ml) 1 colher de sobremesa de manteiga / margarina (15g)	1 a 3

(DGS, sd)

Apêndice XIII – Alimentação Saudável e Atividade Física dos 5 aos 10 anos

Alimentação Saudável e Atividade física dos 5 aos 10 anos

- Faz várias refeições ao longo do dia (5 a 6);
- Nunca te esqueças de tomar o pequeno almoço;
- Come sopa antes do almoço e jantar;
- Junta vegetais ao teu prato do almoço e jantar;
- Come pelo menos 3 peças de fruta por dia;
- Bebe água ao longo do dia;
- Prefere leite meio-gordo;
- Alterna os pratos de carne com os de peixe;
- Junta fruta aos teus lanches.

- Prefere leite branco, evitando juntar chocolate, açúcar ou mel ao leite;
- Diminui o consumo de gorduras;
- Diminui a quantidade de sal;
- Come apenas uma vez por semana, bolachas, gelados, doces;
- Bebe sumos só uma vez por semana, prefere a água;
- Evita batatas fritas, hambúrgueres, pizzas, salsichas.

- Come lentamente, mastigando bem os alimentos;
- Não vejas televisão enquanto comes;
- Come apenas a quantidade que precisas para te sentires saciado;
- Na escola come também alimentos saudáveis.
- Brinca ao ar livre, faz exercício físico;
- Faz atividades na rua com a tua família.

- Pratica todos os dias atividade física, cerca de 60 minutos, dos quais 30 minutos devem ser, de atividade mais intensa, como correr, andar de bicicleta, patins, saltar à corda;
- Sempre que podes anda a pé;
- Pratica um desporto que gostes;
- Brinca ao ar livre;
- Faz atividades como passeios com a tua família;
- Limita o tempo em que vês televisão.

Apêndice XIV – Alimentação Saudável e Atividade Física dos 11 aos 18
anos

Alimentação Saudável e Atividade Física dos 11 aos 18 anos

- Faz várias refeições ao longo do dia (5 a 6);
- Nunca te esqueças de tomar o pequeno almoço;
- Come sopa antes do almoço e jantar;
- Junta vegetais ao teu prato do almoço e jantar;
- Come 3 a 5 peças de fruta por dia;
- Bebe água ao longo do dia;
- Prefere leite meio-gordo;
- Alterna os pratos de carne com os de peixe;
- Junta fruta aos teus lanches.

- Prefere leite branco, evitando juntar chocolate, açúcar ou mel ao leite;
- Diminui o consumo de gorduras;
- Diminui o consumo de sal;
- Come apenas uma vez por semana, bolachas, gelados, doces;
- Bebe sumos só uma vez por semana, prefere a água;
- Evita batatas fritas, hambúrgueres, pizzas, salsichas.

- Come lentamente, mastigando bem os alimentos;
- Não vejas televisão enquanto comes;
- Come apenas a quantidade que precisas para te sentires saciado;
- Na escola, come também alimentos saudáveis.
- Almoça no refeitório da escola;
- Tem uma atitude crítica em relação à publicidade;
- Brinca ao ar livre, faz exercício físico;
- Faz atividades ao ar livre com os teus amigos e família;
- Faz as melhores escolhas para ti, influenciando também os teus amigos a terem uma alimentação saudável.

- Pratica atividade física todos os dias, pelo menos, 60 minutos, sendo que 30 minutos devem ser de intensidade moderada, como, andar de bicicleta, correr.
- Vai a pé para a escola, se possível;
- Limita o tempo em que vês televisão, passas no computador;
- Vai sempre às aulas de educação física na escola;

Apêndice XV – Recomendações para as Famílias

Para a família, não esquecer que:

- Podem-se comer todo o tipo de alimentos, desde que com regra e medida;
- Os pequenos excessos diários de alimentos (energia), são os grandes responsáveis pelo aumento da obesidade infantil;
- Deve-se manter um horário de refeições familiares;
- Deve-se evitar a oferta de prémios com alimentos;
- Comidas rápidas, bebidas açucaradas, guloseimas, doces, devem ser consumidos esporadicamente, uma vez que mesmo em pequenas quantidades, têm grandes quantidades de calorias;
- Em idade pediátrica só excepcionalmente se fazem dietas restritivas, deve-se sim, adotar novos comportamentos e escolhas, pois há a grande vantagem de se estar a crescer;
- À medida que a criança cresce deve iniciar-se a responsabilidade partilhada, entre pais e filhos, dando espaço à criança para tomar iniciativa;
- A família deve analisar e identificar quais os hábitos que possam ter que estejam a contribuir para o excesso de consumo de alimentos e analisar a sua qualidade nutricional;
- A família deve adotar um estilo familiar de vida ativa, devendo os pais também serem ativos, de forma a ajudarem os filhos a gostarem de atividade física;
- A prática de exercício físico regular deve ser incentivada;
- Os pais devem sempre ser um exemplo para os seus filhos, não devendo, por exemplo, proibir os filhos de comer certos alimentos quando os próprios pais os consomem;
- Vigie a quantidade de comida que o seu filho ingere, optando por servir as refeições no prato, não levando a travessa para a mesa;
- A bebida de eleição deve ser a água;
- A responsabilidade de realizar as compras para casa, cabe aos pais, logo não devem comprar alimentos que não possam ser consumidos diariamente;
- Envie lanches saudáveis e variados para a escola;
- As refeições devem ser regulares para promover a saciedade;
- Os cereais no pequeno-almoço devem ser uma opção ocasional;
- Os alimentos empacotados, normalmente são mais ricos em gorduras e açúcares, mesmo em pequenas quantidades, são um dos grandes responsáveis pelo aumento da obesidade;
- As crianças não devem ter televisão, nem aceder a jogos no computador/telemóvel, no quarto;

- Deve-se limitar o número de horas em que as crianças veem televisão, usam tablet e ecrãs;
- Quantas mais horas a criança passar a ver televisão, menor será a sua atividade, maior será a sua exposição à influência da publicidade e maior será o seu consumo de alimentos calóricos.
- Devem ser desenvolvidas atividades lúdicas em família, que promovam a prática de exercício físico, tal como as caminhadas;
- As crianças podem ser inseridas em desportos de equipa (do seu agrado) que paralelamente trazem vantagens em termos educativos, sociais e prevenção de comportamentos de risco;
- Elogie o seu filho, reforçando positivamente, todo o seu esforço, motivando-o a esforçar-se cada vez mais;
- As crianças devem passar pelo menos uma hora por dia em alguma atividade física, ou em algum tipo de exercício e caso pratiquem um desporto organizado podem fazê-lo entre 3 a 4 vezes na semana.

Apêndice XVI – Registo Semanal da Alimentação

Registo Semanal da Alimentação



Nome:	Data:						
Pinta diariamente o retângulo com a cor que corresponde ao que comeste							
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sáb.	Dom.
Tomei o pequeno-almoço <input type="checkbox"/>							
Merendei a meio da manhã <input type="checkbox"/>							
Comi sopa de legumes ao almoço <input type="checkbox"/>							
Comi peixe <input type="checkbox"/> / Comi carne <input type="checkbox"/> no 2º prato do almoço							
Comi salada/legumes no 2º prato do almoço <input type="checkbox"/>							
Lanchei a meio da tarde <input type="checkbox"/>							
Comi sopa de legumes ao jantar <input type="checkbox"/>							
Comi peixe <input type="checkbox"/> / Comi carne <input type="checkbox"/> no 2º prato do jantar							
Comi salada/legumes no 2º prato do jantar <input type="checkbox"/>							
Comi antes de me deitar <input type="checkbox"/>							
Bebi água durante o dia <input type="checkbox"/>							
Comi fruta <input type="checkbox"/>							
Comi doces, guloseimas, gelado, bolos, batatas fritas, piza, hambúrguer, salgadinhos							
Bebi sumo ou refrigerante <input type="checkbox"/>							

Registo Semanal da Alimentação





Data:		Nome:					
Regista diariamente o que comes a cada refeição							
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sáb.	Dom.
Pequeno-almoço							
Merenda a meio da manhã							
Almoço							
Lanche a meio da tarde							
Jantar							
Ceia							

Apêndice XVII– Registo Semanal da Atividade Física



Registo Semanal da Atividade Física

Pinta com a cor ■ os dias em que fizeste exercício e com um ■ os dias em que não fizeste exercício

Nome:				Data:			
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sáb.	Dom.
							
							

Registo Semanal da Atividade Física

Regista diariamente a atividade física que fizeste e o número de minutos.

Nome:				Data:			
	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	Sáb.	Dom.
							
							

Apêndice XVIII - Análise do Percurso

Análise do Percurso

Data consulta	Mudanças que fizeste	Dificuldades que sentiste	Objetivos próxima consulta

Apêndice XIX – Cartaz dos Açúcares



Apêndice XX - Formação sobre o Plano Nacional de Vacinação

Recomendações de Vacinação



Consulta Externa de Pediatria
Centro Hospitalar Universitário
Junho/2018

Marisa Gomes Oliveira Pinho
Aluno nº170531130
Orientadora: EnFª



Objetivo(s)

Geral:

- Apresentar as vacinas do Plano Nacional de Vacinação e Extra Plano (PNV).

Específicos:

- Descrever as vacinas incluídas no PNV e as vacinas extra plano;
- Expor a especial importância da vacinação na criança doente;
- Apresentar os esquemas vacinais recomendados.

Origem das Vacinas:

- Ocorreu em 1796;
- O cientista e médico inglês Edward Jenner, através da observação sobre a varíola bovina, viu a possibilidade de proteger as pessoas contra a varíola humana;
- Verificou que grande parte das pessoas que trabalhavam com gado não contraíam a doença. Inoculou secreções de uma pústula de varíola bovina numa criança. Dois meses depois, inoculou novamente, na mesma criança, secreção de varíola humana, sendo estas retiradas de um doente em estado grave, e mesmo assim a criança não desenvolveu as manifestações clínicas da doença;
- Surgiu assim, a vacina contra varíola, que só foi divulgada em 1798.

Plano Nacional de Vacinação:

Desde o nascimento, a todas as pessoas, recomendam-se 11 vacinas:

- Hepatite B;
- Difteria;
- Tétano;
- Tosse convulsa;
- Poliomielite;
- Doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b;
- Infecções por *Streptococcus pneumoniae* (13 serotipos);
- Doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do grupo C;
- Sarampo;
- Parotidite epidémica;
- Rubéola;
- Raparigas: recomenda-se a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano.

NÚMERO: 012/2015
DATA: 23/06/2015
Atualizada: 06/11/2015

ASSUNTO: Vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP).
Idade pediátrica (<18 anos de idade)

PALAVRAS-CHAVE: Vacinação, infeção pneumocócica, doença invasiva pneumocócica, DIP, grupos de risco, *Streptococcus pneumoniae*

PARA: Profissionais de saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, emite-se a Norma seguinte:

A vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* é recomendada e gratuita para crianças e jovens (<18 anos de idade) com risco acrescido de contrair doença invasiva pneumocócica (DIP) desde 2010 (Circulares Normativas nº12/DSPCD de 09/06/2010 e nº 14/DSPCD de 15/06/2010). Os grupos

NÚMERO: 007/2016
DATA: 09/08/2016

ASSUNTO: Vacinação contra *Neisseria meningitidis* do grupo B de grupos com risco acrescido para doença invasiva meningocócica (DIM).
Idade pediátrica (<18 anos).

PALAVRAS-CHAVE: Vacinação, doença invasiva meningocócica (DIM), grupos de risco, *Neisseria meningitidis* B

PARA: Profissionais de saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Norma seguinte:

NORMA

1. População alvo

Esquema Vacinal Recomendado

Vacina Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hb 1	Hb 2	Hb 3		Hb 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pr13 1	Pr13 2		Pr13 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC 1							
Sarampo, parotidite epidêmica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ¹								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa ²									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria ³										Td	Td	Td

¹ Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses.

² Aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez.

³ De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥ 10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos

PNV 2017 - PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

BCG

Vacinação de grupos de risco contra tuberculose

Tdpa

Vacinação da grávida contra a tosse convulsa

HPV

Vacina de nove valências

HEXAVALENTE

Nova vacina combinada (<12 meses idade)

VASPR

DTPaVIP

Vacinação aos 5 anos de idade

Td

Vacinação aos 10, 25, 45, 65 anos >65 anos (10/10 anos)

Crianças Transplantadas com Órgãos Sólidos

- Patologias crônicas (doença hepática, insuficiência renal, doenças metabólicas, doenças cardiopulmonares, entre outras) são mais suscetíveis às infecções;
- A imunossupressão necessária para que um órgão transplantado seja aceite pelo recetor aumenta o risco de infecções intercorrentes graves, se o doente não estiver corretamente vacinado para a sua idade;
- A vacinação deve ser programada quando o doente é inscrito na lista de espera para transplante;
- Deve ser garantido o cumprimento da vacinação com VHB, DTPa (Tdpa ou Td), Hib, VIP, MenC, Pn13, Pn23 e VASPR a todos os candidatos a transplante (crianças e adultos), com o esquema adequado à idade;
- As vacinas inativadas podem ser administradas em qualquer altura mas, idealmente, até pelo menos 2 semanas antes do transplante;



Crianças Transplantadas com Órgãos Sólidos

- As vacinas vivas não devem ser administradas nas 4 semanas que antecedem o transplante. A vacina BCG está contraindicada;
- Se necessário, a VASPR pode ser administrada ≥ 6 e < 12 meses de idade (dose “zero”). Aos 12 meses de idade, se ainda aguardar transplante, deve receber outra dose (VASPR 1);
- VHB pode ser administrada seguindo, excepcionalmente, um esquema acelerado de 3 doses consecutivas semanais ainda que proporcionando um baixo nível de proteção, especialmente, em pessoas com patologia hepática. Recomenda-se a realização de controlo serológico para avaliação da necessidade de revacinação pós-transplante;
- Vacina polissacárida contra infecções por *Streptococcus pneumoniae* de 23 serotipos (Pn23) está indicada ≥ 2 anos de idade;

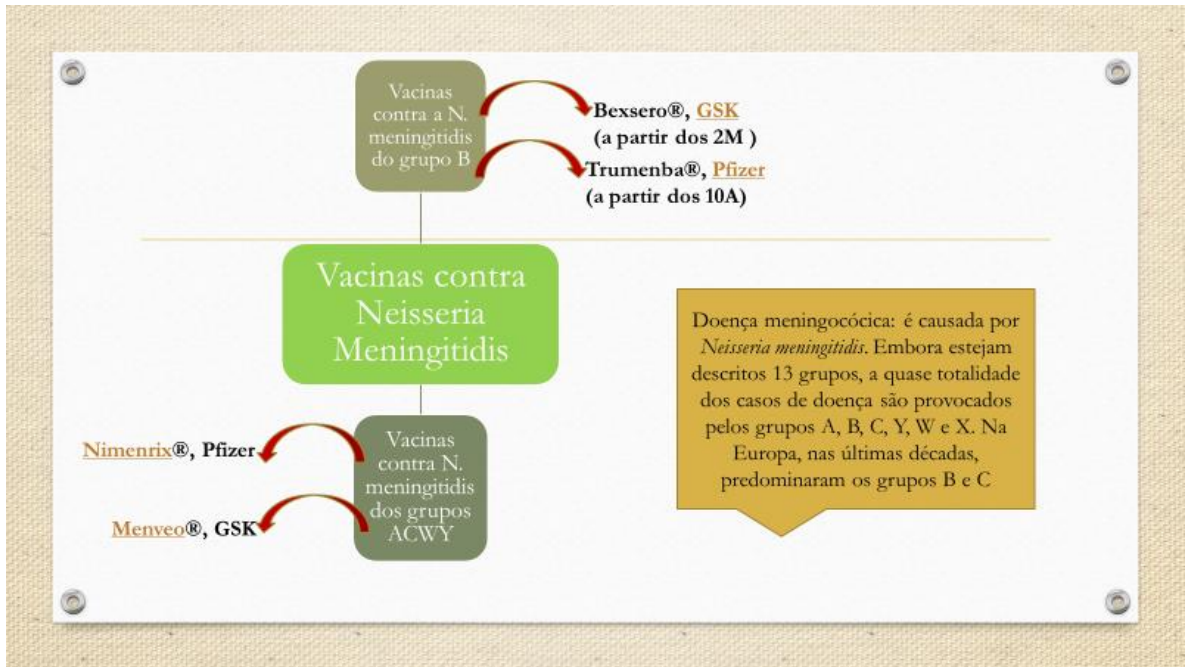


Crianças Transplantadas com Órgãos Sólidos


- Vacinação contra a hepatite A está indicada nos candidatos a transplante hepático (recomendada e gratuita nesta situação);
- Ultrapassado o período de maior imunossupressão, habitualmente, 3 a 6 meses após o transplante, os doentes devem ser vacinados. Nessa altura, podem iniciar ou dar continuidade ao esquema de vacinação, exceto para a BCG e a VASPR;
- A VASPR pode ser administrada a partir dos 24 meses pós-transplante, se o doente estiver imunocompetente;
- Nos casos de dador vivo, as vacinas VASPR e contra varicela-zoster não devem ser administradas ao dador nas 4 semanas antes do transplante.

Vacinas Extra Plano

Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica e da Sociedade Portuguesa de Pediatria Janeiro 2018



Bexsero®: Vacinas contra a *N. meningitidis* do grupo B



Grupo etário	Imunização primária	Intervalos entre doses primárias	Dose de Reforço
Lactentes*, 2 a 5 meses	3 doses*	Não inferior a 1 mês	Uma dose entre os 12 e 15 meses de idade ^{b,c}
Lactentes não vacinados, 6 a 11 meses	2 doses	Não inferior a 2 meses	Uma dose no segundo ano de vida com um intervalo de pelo menos 2 meses entre a série primária e a dose de reforço ^c
Crianças não vacinadas, 12 a 23 meses	2 doses	Não inferior a 2 meses	Uma dose com um intervalo de 12 a 23 meses entre a série primária e a dose de reforço ^c
Crianças, 2 a 10 anos	2 doses	Não inferior a 2 meses	Não estabelecida ^d
Adolescentes (a partir dos 11 anos) e adultos*	2 doses	Não inferior a 1 mês	Não estabelecida ^d

Trumenba®: Vacinas contra a N. meningitidis do grupo B

Grupo etário	Imunização primária	Intervalos entre doses da série de imunização primárias	Dose de Reforço
Adolescentes (a partir dos 10 anos) e adultos	2 doses	6 meses	Deve ser considerada a administração de uma dose de reforço, após qualquer um dos regimes posológicos, em indivíduos com risco contínuo de doença invasiva meningocócica
	3 doses*	2 doses com pelo menos 1 mês de intervalo, seguidas por uma terceira dose, administrada pelo menos 4 meses após a segunda dose	

Vacinas contra N. meningitidis dos grupos ACWY

Recomenda-se:

- Crianças e adolescentes com asplenia anatómica ou funcional, hipoesplenismo, déficit congénito de complemento, e em terapêutica com inibidores do complemento (Eculizumab) de acordo com a norma 016/2016 (PNV) da DGS.
- A viajantes com estadias prolongadas ou residentes em países com doença hiperendémica ou epidémica e sempre que exigido pela autoridade local.

Nome comercial	Grupo etário	Esquema vacinal
Nimenrix®, Pfizer	A partir das 6 semanas	2 doses com, no mínimo, 2 meses de intervalo e uma dose de reforço aos 12 meses de idade
	A partir dos 12 meses	1 dose*
Menveo®, GSK	A partir dos 2 anos**	1 dose

Vacinação contra o Papiloma Vírus Humano no género masculino

- A infeção por HPV é responsável por uma carga de doença significativa no homem;
- A incidência média acumulada ao longo da vida, em heterossexuais entre os 18 e os 44 anos, oscila entre os 56 e 65%, dos quais 26-50% são HPV de alto risco;
- Os homens encontram-se em risco de desenvolver condilomas genitais, cancro do ânus, pênis, da cabeça e pescoço e neoplasias intraepiteliais do pênis e ânus (PIN e AIN), estimando-se na Europa que o número de novos casos/ano, associados aos tipos de HPV6, 11, 16 e 18, seja elevado;
- A Comissão de Vacinas recomenda a administração da vacina Gardasil®9, a título individual, aos adolescentes do género masculino como forma de prevenir as lesões associadas ao HPV.

Vacina Gardasil®: Gardasil®4 (inclui os tipos 6,11,16 e 18) e Gardasil®9 (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58)

Idade de início da vacinação	Nº doses recomendadas	Esquema recomendado	Intervalo mínimo entre as doses
9 - 14 anos	2 doses	0, 5 - 13 meses	5 meses
	Esquema alternativo de 3 doses, se 2ª dose com intervalo < 5 meses após a 1ª dose	0, 2, 6 meses	1 mês entre a 1ª e a 2ª dose
≥ 15 anos	Esquema de 3 doses	0, 2, 6 meses	3 meses entre a 2ª e a 3ª dose

Recomendações



- A carga da doença por HPV é relevante no género masculino. Encontram-se em risco de desenvolver condilomas genitais, cancro do ânus, do pênis, da cabeça e pescoço e neoplasias intraepiteliais do pênis e ânus;
- Não existe rastreio implementado para a prevenção de cancro associado ao HPV no género masculino;
- O contacto sexual com raparigas de zonas de baixa cobertura vacinal ou onde a vacina não é utilizada, podem colocar em risco os não vacinados;
- Os homens que têm sexo com homens não beneficiam, de forma significativa, de uma vacina incluída no PNV dirigida apenas ao género feminino;
- Dado o elevado risco de reinfeção poderá existir benefício na vacinação de indivíduos previamente infetados.

Vacina contra rotavírus

- A gastroenterite aguda (GEA) é uma infeção muito comum nos primeiros anos de vida, sendo os vírus os agentes etiológicos mais frequentes. Predominam rotavírus (RV), norovírus e, com menor relevância, adenovírus e astrovírus;
- Nos países desenvolvidos, grande parte dos casos de GEA por RV não necessita de hospitalização, mas o impacto desta patologia na saúde pública é muito significativo;
- Globalmente os tipos G1-G4 e G9 estão associados à maioria das infeções;

Recomendações:



- Todas as crianças saudáveis, reforçando a importância do cumprimento das indicações quanto à idade de vacinação;
- Não se estabelece preferência entre as duas vacinas;
- Reforça a importância de manter a monitorização da epidemiologia da infecção por RV, da efetividade e dos efeitos secundários das vacinas.

Características das vacinas contra Rotavírus e esquema vacinal

	RotaTeq® MSD	Rotarix® GSK
Tipo	Viva, oral	Viva, oral
Composição	Reagrupamento bovino-humano G1, G2, G3, G4; P[8]	Humana atenuada G1; P[8]
Número de doses	3	2
Primeira dose	A partir das 6S e nunca depois das 12S	A partir das 6S
Dose(s) subsequente(s)	O esquema de vacinação deve estar concluído preferencialmente às 20-22S. Se necessário, 3ª dose pode ser administrada até às 32S	O esquema de vacinação deve preferencialmente ser administrado antes das 16S, mas deve estar completo pelas 24S
Intervalo entre doses	Mínimo de 4 semanas	Mínimo de 4 semanas
Administração simultânea com as outras vacinas do PNV	Sim	Sim
Administração ao pré-termo	≥ 25S idade gestacional	> 27S idade gestacional

Vacina contra a Varicela

- O vírus Varicela-zoster (VVZ) é um herpes vírus, agente causal da varicela e do herpes-zoster (HZ);
- Habitualmente benigna, contudo podem ocorrer complicações graves, quer associadas a sobreinfecção bacteriana (celulite, pneumonia, fascíte, choque tóxico), quer associadas ao próprio VVZ (cerebelite, encefalite, pneumonia);
- Os adolescentes, os adultos e os imunocomprometidos são mais suscetíveis a complicações graves;
- A vacina contra a varicela é composta pelo VVZ vivo atenuado (estirpe Oka).

Características das vacinas monovalentes contra varicela e esquema vacinal

	Varilrix® GSK (9)	Varivax® MSD (10)
Tipo	Viva, atenuada	Viva, atenuada
Via de administração	Subcutânea	Intramuscular ou subcutânea
Local de administração	Região deltoide	Zona anterolateral da coxa em crianças pequenas, e região deltoide em crianças mais velhas e adolescentes
Número de doses	2	2
Primeira dose	≥12 meses	≥12 meses; em circunstâncias especiais (ex. surtos) pode ser administrado a lactentes >9 meses
Intervalo entre doses	Preferencialmente a 2ª dose deve ser administrada pelo menos 6 semanas após a 1ª dose	12 meses-12 anos: mínimo de 4 semanas ≥ 13 anos: 4-8 semanas
Administração simultânea com as outras vacinas do PNV	Sim	Sim

Recomendações:

- Sejam seguidas as orientações da OMS, não recomendando a vacinação de crianças saudáveis fora de um programa nacional de vacinação;
- Adolescentes sem história prévia de varicela: são mais suscetíveis a doença grave e a vacinação deste grupo não acarretará o risco de modificação da epidemiologia; nas adolescentes do sexo feminino deve ser excluída possibilidade de gravidez;
- Crianças que contactam habitualmente com doentes imunodeprimidos;
- Indivíduos com história negativa ou incerta de infeção prévia a VVZ, poderão ser determinados os anticorpos IgG para o VVZ, previamente à vacinação.

Vacina contra a Hepatite A

- Infeção aguda do fígado causada por um vírus RNA (VHA) pertencente ao género Hepatovirus da família *Picornaviridae*;
- A transmissão do VHA faz-se quase exclusivamente por via fecal-oral;
- Nos últimos 10 anos, de 2007-2016, foram notificados em Portugal, 224 casos de hepatite A, 48 dos quais abaixo dos 15 anos de idade (Doença de Declaração Obrigatória);
- Em Portugal, de 1 de janeiro a 17 de dezembro de 2017, foram confirmados 542 casos de hepatite A, 74,2% em adultos jovens, a maioria do sexo masculino e residentes na área de Lisboa e Vale do Tejo (68%). Apenas 41 dos casos notificados tinham idade inferior a 18 anos.

Portugal: duas vacinas disponíveis

Havrix® 720 Junior (GSK): para crianças e adolescentes dos 12 meses até aos 15 anos de idade, sendo aceitável a sua administração até os 18 anos de idade;

VAQTA® (MSD): dos 12 meses aos 17 anos na dose 25U/0,5ml.

Devem ser administradas duas doses, por via intramuscular, preferencialmente, com 6 a 12 meses de intervalo.

Recomendações:

A Comissão de Vacinas recomenda a vacinação de crianças e adolescentes:

- Candidatos a transplante hepático conforme norma 016/2016 da DGS (PNV);
- Hemofílicos conforme norma 023/2015 e 016/2016 da DGS (PNV);
- Que viajem para países com endemicidade intermédia ou alta;
- Com patologia hepática crónica;
- Com VIH;
- Com contacto próximo com doente com Hepatite A (profilaxia pós-exposição);
- Adolescentes com comportamentos sexuais de risco para transmissão de VHA, em particular no contexto de surtos.

Vacina contra a Gripe



- Vírus Influenza pode causar infeção em qualquer grupo etário, mas com taxas de incidência mais elevadas em crianças. A doença é mais grave abaixo dos 2 anos e em grupos de risco;
- As vacinas atualmente disponíveis são trivalentes, incluindo 2 subtipos de vírus Influenza A e um tipo de **Influenza B**;
- **Particularidades**: resposta serológica com resultados variáveis nas crianças mais jovens; Limitação dos lotes de vacina disponíveis no mercado; Ausência de estudos controlados de avaliação de eficácia em grupos de risco (crianças com doenças crónicas e imunossupressão);
- Eficácia da vacina não está estudada abaixo dos 6 meses de idade: não é recomendada neste grupo etário. Foi reportada transferência passiva de anticorpos anti-influenza de mães vacinadas para o recém-nascido, que poderão conferir proteção.



ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 018/2017

DATA: 26/09/2017

ASSUNTO: Vacinação contra a gripe. Época 2017/2018

PALAVRAS-CHAVE: Vacinação; Gripe

PARA: Todos os médicos, farmacêuticos e enfermeiros

CONTACTOS: Maria da Graça Freitas (gracafreitas@dgs.min-saude.pt)

Raquel Guiomar (raquel.guiomar@insa.min-saude.pt)

Francisco Henrique
Moura George

Responsável pelo Serviço Nacional de Saúde
Direção-Geral da Saúde
Rua Alexandre Gusmão, 139
1649-016 Lisboa
Tel: 213142000
Fax: 213142008

Pico Portugal: 15 de dezembro a início de março



Administração da vacina em outubro/novembro

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Orientação seguinte:

A. Recomendações

Recomendações

- Doença pulmonar crónica;
- Cardiopatia com repercussão hemodinâmica;
- Imunodepressão (incluindo a causada por medicação);
- Infecção VIH;
- Hemoglobinopatias;
- Terapêutica crónica com salicilatos;
- Insuficiência renal crónica;
- Doença metabólica crónica;
- Doença hepática crónica;
- Diabetes mellitus;
- Doença neurológica crónica;
- Doença neuromuscular ou esquelética com compromisso da função respiratória;
- Internamento prolongado na época da gripe;
- Transplantação de órgãos sólidos ou medula óssea;
- Adolescentes grávidas, que em Outubro estejam no 2.º ou 3.º trimestre da gravidez;
- Contactos próximos de grupos de risco;
- Obesidade mórbida (índice de massa corporal ≥ 40).

Esquema Vacinal

- Crianças dos 6M até aos 8A deverão receber duas doses de vacina sazonal, sendo a segunda administrada 4 semanas depois da primeira, se:
 - Não tiverem sido previamente vacinadas;
- Crianças previamente vacinadas ou com mais de 8 anos deverão receber uma dose de vacina sazonal, desde que não haja variação antigénica significativa dos vírus vacinais.
- Os prematuros com factores de risco devem ser vacinados de acordo com a idade cronológica.
- DOSE:
 - 6-35 meses: 0,25 ml ou 0,5 ml, dependendo do fabricante (ver RCM da vacina);
 - 3-8 anos: 0,5 ml (adulto);
 - >9 anos: 0,5 ml (adulto).

Estratégias de Controlo da dor associada à vacinação:

- Amamentação;
- Contenção com lençol, ou contenção manual;
- Distração;
- Glicose a 30% (disponível em ampolas) ou Sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar);
- Imaginação guiada/hipnoanalgesia;
- Massagem;
- Reforço positivo;
- Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios;
- Sucção não nutritiva;
- Preparação;
- Modelação/ensaio comportamental.

(DGS, 2012)

Nelson Mandela: “Através da vacinação milhões de crianças foram salvas e tiveram a possibilidade de viverem com mais saúde, mais tempo e melhor, uma vez que foram maiores as hipóteses para aprender, brincar, ler e escrever, sem sofrimento” (DGS, 2016).



Bibliografia:

- Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2018). Recomendações sobre vacinas extra plano nacional de vacinação.
- Sousa, A. S., Z., & Montenegro Albuquerque, V., & Sidor Sampaio, F. (2005). Vacinação - o que o usuário sabe?. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18 (1), 24-30. Disponível em: www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818106



Apêndice XXI – Alimentação Saudável nos Adolescentes

Atividade física

- Promove a confiança e desenvolve as competências sociais;
- Desenvolve a coordenação;
- Melhora a concentração e a aprendizagem;
- Fortalece os músculos e ossos;
- Mantém um peso saudável;
- Melhora o sono;
- Estimula o bem-estar;
- Pratica diariamente, pelo menos, 60 minutos de atividade física de intensidade moderada a vigorosa;
- Pelo menos 3 vezes por semana, 20 a 30 minutos de atividades como correr, subir e descer, saltar ou outras atividades que solicitem o sistema musculoesquelético;
- Ha melhoria da força muscular, da flexibilidade e resistência óssea;



Procura Informação:

<http://www.plataforma.contraaobesidade.dgs.pt/>

<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica.aspx>

<https://nutrimento.pt/>

Fontes:

<https://www.dgs.pt/>

Alina Metrado
Marta Gomes Oliveira Pinho

Alimentação Saudável na Adolescência



Outubro 2018

Alimentação Saudável na Adolescência

Recomendações:

- Hábitos alimentares saudáveis não significam fazer uma alimentação restritiva ou monótona.
- Inclui os produtos hortícolas, frutas, cereais e leguminosas (ricos em fibra, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura);
- Inicia o dia com um pequeno-almoço completo (cereais, laticínios meio-gordos ou magros e fruta).
- Evita os snacks pré-preparados que são ricos em açúcar e gordura;
- Inicia o teu almoço e jantar com uma sopa, o 2º prato deverá ser constituído por massa, arroz ou batatas, carne, pescado ou ovo e vegetais cozinhados ou crus;
- Na sobremesa opta por fruta fresca.
- Come de 3h-3h30;
- Faz cerca de 5-6 refeições por dia: pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche

Roda dos alimentos

- Composta por 7 grupos de alimentos de diferentes dimensões, que indicam a proporção com que cada um deve estar presente na alimentação diária;

- Deves comer porções de todos os grupos de alimentos.



Grupos	O que é uma porção?
Cereais e derivados, tubérculos	1 pão (50g); 1 fatia fina de broa (70g); 1 e 1/2 batata (125g); 5 colheres de sopa de cereais de pequeno-almoço (35g); 6 bolachas - tipo Maria/água e sal (35g); 2 colheres de sopa de arroz/massa crus (35g) ou 4 colheres se cozinhados (110g)
Hortícolas	2 chávenas de hortícolas crus (180g) ou 1 chávena se cozinhados (140g)
Frutas	1 peça de fruta - tamanho médio (160g)
Laticínios	1 chávena de leite (250ml); 1 iogurte líquido ou 1 e 1/2 iogurte sólido (200g); 2 fatias finas de queijo (40g); 1/4 de queijo fresco - tamanho médio (50g); 1/2 requeijão - tamanho médio (100g)
Carnes, pescado e ovos	Carnes/pescado crus (30g) ou cozinhados (25g); 1 ovo de tamanho médio (55g)
Leguminosas	1 colher de sopa de leguminosas secas cruas (p.ex: grão de bico, feijão, lentilhas) (25g); 3 colheres de sopa de leguminosas frescas cruas ou cozinhadas (80g)
Gorduras e óleos	1 colher de sopa de azeite/óleo (10g); 1 colher de chá de banha (10g); 4 colheres de sopa de nata (30ml); 1 colher de sobremesa de manteiga/margarina (15g)

Não te esqueças...

- Opta pelo pão escuro ou de mistura ou cereais integrais sem adição de açúcar;
 - Consome fruta fresca ou em sumo natural (sem adição de açúcar);
 - Faz pequenas merendas entre as três principais refeições e se sentires necessidade, faz uma pequena ceia antes de deitar (fruta fresca com por exemplo: iogurte ou meia chávena de leite (meio-gordo ou magro), pequenas porções de pão escuro ou de mistura;
 - Evita os alimentos fritos, os molhos muito gordurosos, especialmente os de preparação industrial (ex: maionese, mostarda, molhos com adição de natas);
 - Dá preferência ao peixe e a carnes magras (aves e coelho);
 - Ingere sempre salada e outros hortícolas no prato a acompanhar quer o almoço, quer o jantar;
 - Reduz o consumo de açúcares simples, não adicionando açúcar aos alimentos e bebidas, limita o consumo de produtos de pastelaria, gelados, doces, chocolates, gomas, rebuçados, refrigerantes, etc;
- Reduz o consumo de sal.

Apêndice XXII– Norma de Extração do Leite Materno

Norma de Intervenção – Intervenção do Enfermeiro na Extração de Leite Materno

I. Definição:

Extração de leite materno corresponde ao ato de retirar leite das mamas de forma manual ou elétrica.

II. Objetivos:

Uniformizar e divulgar boas práticas para os procedimentos de enfermagem na extração de leite materno.

III. Execução:

O enfermeiro.

IV. Horário:

Sempre que necessário e caso a mãe solicite.

V. Atuação:

- Providenciar, um local calmo, que respeite a privacidade da mulher;
- Reforçar a importância do banho diário da mãe;
- Instruir a mãe sobre a correta higienização das mãos antes da colheita;
- Identificar os biberões com: nome, número do processo, data e hora da colheita;
- Utilizar um conjunto esterilizado para cada mãe e a cada colheita;
- Ensinar, sempre que necessário, medidas facilitadoras da extração;
- Certificar que a mãe compreende o manuseamento da bomba;
- Reforçar a importância de desperdiçar os primeiros jatos de leite;
- Tempo médio de extração de 15 minutos;

- No final da extração, os materiais utilizados, devem ser lavados em água corrente e sabão, enxaguados e desinfetados;
- Sempre que a mãe apresente infecção respiratória a utilização de máscara é obrigatória;
- Acondicionar o leite extraído de acordo com a norma de conservação de leite humano.

VI. Registos:

Identificar a data e a hora da extração, confirmando, com a mãe, o nome da mãe/criança, e o registar o número de processo.

Bibliografia:

- Nascimento M.B.R., Issler H. (2004). Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria*, Vol. 8, 5, S193-S171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a08.pdf>
- Lana, A. P. B. (2001). *O Livro de Estímulo à Amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica – Comportamentos da Amamentação*. (1ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Leite materno, fórmulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. 018/2013, 1-17. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013.aspx>

Apêndice XXIII – Revisão Integrativa da Literatura: O Papel da Família na
Obesidade Infantil

RESUMO

Contexto: A Obesidade Infantil é considerada uma verdadeira epidemia mundial, constituindo num preocupante desafio para todos os profissionais de saúde. A obesidade no período da infância e da adolescência aumenta a probabilidade de obesidade na vida adulta, estando associada ao desenvolvimento de doenças crónicas, que podem comprometer a qualidade de vida destes, representando uma prioridade para os sistemas de saúde. Tratar o papel da família no desenvolvimento da obesidade infantil, torna-se essencial, na obtenção de resultados positivos no que concerne à prevenção e tratamento desta problemática, na medida em que a família exerce um papel preponderante na vida das suas crianças e jovens. **Objetivo:** Perceber qual o papel e influencia exercida pela família na obesidade infantil. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa na plataforma eletrónica EBSCOHost e suas bases de dados. Selecionaram-se os estudos científicos publicados entre 2013 e 2018, tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente. **Resultados:** Foram incluídos seis artigos que evidenciaram a importância do papel exercido pelas famílias juntos dos filhos, na adoção de hábitos alimentares e de estilo de vida saudáveis. A família, é responsável pela transmissão e modelação de comportamentos saudáveis, devendo ser reconhecido o seu papel de destaque no processo de tratamento. **Conclusão:** A evidencia científica considera a família como um foco essencial na mudança de comportamentos dos seus filhos, devendo os profissionais de saúde, desenvolver uma parceria de cuidados, por forma a alcançarem-se resultados positivos.

Palavras-chave: Obesidade Infantil, Família, Papel.

ANEXOS

Anexo I – Certificado de Presença nas Jornadas do Serviço de Pediatria
“Novas Realidades do Cuidar”

Certificado de Presença

Certifica-se que **Marisa Gomes Oliveira Pinho**, participou no Jornadas com o nome XIV Jornadas do Serviço de Pediatria "Novas realidades no cuidar", realizado nos dias 29 e 30 de Novembro 2018, no Auditório Verde - UALG - Gambelas.

Faro, 11 de Janeiro de 2019.

Organização
Nuno Bernardino Vieira



Coordenador do CFE

José Masi



Director do Serviço de Pediatria

Anexo II – Certificado de Interveniente no VII Encontro de Benchmarking
em Pediatria



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

Marisa Gomes Oliveira Pinho

participou no **VII Encontro de Benchmarking em Pediatria**, nos dias **16 e 17 de Novembro de 2018**, no Campus de Gambelas da Universidade do Algarve, em Faro, enquanto **Coautora da Comunicação Livre**:

Amamentação como Técnica não farmacológica de alívio da dor na vacinação

Coautores:

Maria Graça Bernardes Branco Silva

Paula Cristina Fernandes Baptista

Carlos Jorge Brás Freire

Hugo Miguel Gomes Lopes

Sandra Isabel Lages Madeira Gomes (apresentado por)

Faro, 17 de Novembro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco



Dia 16 de Novembro

- 09h00 Abertura do secretariado
- 09h30 **Mesa I**
 - *A importância da interligação Hospitalar: A experiência Hospital de Faro e o IPO de Lisboa*
 - *A brincar vamos cuidar*
 - *Gestas que salvam vidas*
Moderador: José Vilelas, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
- 11h00 *Coffee break*
- 11h30 **Mesa II**
 - *Projecto de controlo da dor durante a vacinação*
 - *Amamentação como técnica não farmacológica de alívio da dor na vacinação*
Moderador: Sofia Abreu, Membro da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP)
- 12h30 **Sessão de abertura**
- 13h00 Almoço livre
- 14h30 **Conferência: Parentalidade**, Leonel Lusquinhos, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) na UCC de Braga e Goreti Mendes, Professora na Universidade do Minho
Moderador: Filipa Barbosa, Membro da MCEESIP
- 16h00 *Coffee break*
- 16h30 **Mesa III**
 - *Passo a passo enfrentando a dor*
 - *Viver com a dor dos filhos: a experiência emocional dos pais*
Moderador: Simão Vilaça, Professor na Universidade do Minho
- 17h30 Apresentação de Pósteres e Foto-reportagens
Moderador: Sofia Abreu, Membro da MCEESIP
- 18h30 Encerramento

Dia 17 de Novembro

- 08h45 Abertura do secretariado
- 09h00 **Mesa IV**
 - *Emoções experienciadas pelos enfermeiros na intervenção com pais maltratantes na consulta de Saúde Infantil*
 - *Prevenção dos maus-tratos na infância: concurso de decoração do laço azul*
Moderador: Lina Pereira, Presidente da MCEESIP
- 10h00 **Comemoração do Dia Mundial da Prematuridade**
- 10h30 *Coffee break*
- 11h00 **Conferência: Cuidados Paliativos em Pediatria**, Emilia Fradique, Vice-presidente Associação de Enfermagem em Cuidados Continuados e Paliativos e Graça Roldão, EEESIP no Hospital Santa Maria
- 12h30 Almoço livre
- 14h30 **Mesa V**
 - *HKRAM uma forma de avaliar a resiliência em adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1*
 - *Factores preditores da resiliência em adolescentes: que instrumentos de medida?*
Moderador: Filipa Barbosa, Membro da MCEESIP
- 14h30 **Actuação Nariz Vermelho**
- 16h00 **Entrega de prémios**
- 16h30 Encerramento